Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

THE LIBRARY OF
THE UNIVERSITY OF MINNESOTA.
OMNIBUS VINCULUM COMMUNE ARTIBUS
CLASS S610.5
BOOK D49-W
Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, P. EHRLICH-Frankfurt a. M., S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TOROK-Budapest, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
P. TAENZER — BREMEN
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

NEUNUNDFÜNFZIGSTER BAND

1914

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 31 ABBILDUNGEN IM TEXT UND TAFEL 10—11

LEIPZIG UND HAMBURG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1914

Digitized by Google

UNIVERSITY OF
MINNESOTA
LIBRARY

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(* bedeutet „Aus der Praxis"; ** bedeutet „Feuilleton".) Seite

Beobachtungen über kutane Resorption der Salizylsäure aus Pflastern, von J. T. Lenartowicz 791
Gicht und Harnröhrenstriktur, von Paul Scharff 800
III. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Urologie, 2.—5. Juni 1914. Referat von Ernst R. W. Frank 804
*Erfahrungen mit dem Haarspiritus Euresol Knoll, von Paul Jacob 810
Luesbehandlung und Wassermann, von Bernhard Fuchs 831
Prof. Max Wolters †, von W. Wechselmann 846
Über den Favus der unbehaarten Haut in Japan mit besonderer Berücksichtigung der bakteriologischen Untersuchung, von T. Aoki 863
*Anwendung der antiseptischen und trockenwirkenden Pulver in der Dermatologie, von Ladislaus Ney 873
Joseph Eichhoff †, von A. Strauß 875
Zinkmattan als Unterlage, von P. G. Unna 895
Eine neue Behandlungsmethode des akuten Ekzems, von Fr. Šamberger 899
**Bericht über die Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, vom 19.—21. Juni in Leipzig, von Alfred Sternthal 905
Immunotherapeutische Versuche bei Syphilis, von A. Grosglik 927. 960
Überempfindlichkeit gegen Kautschukheftpflaster, von A. V. Knack 936
Erfahrungen mit dem F. F. Friedmannschen Heil- und Schutzmittel zur Bekämpfung der Tuberkulose beim Lupus, bei Haut- und Knochentuberkulose, von P. Wichmann 951
Gaspar Vianna †, von J. H. Rille 968
Herpes zoster generalisatus, von Ant. Trýb 983
Caviblentherapie der Gonorrhoe, von M. Mondschein 987
Die Kupferchemotherapie der Schleimhauttuberkulose der oberen Luftwege mit Lekutyl-Inhalationen, von Artur Strauß 1007
*Erfahrungen mit Merlusan, von Emanuel Freund 1011
Beitrag zur Frage nach der praktischen Verwertung der Pallidin-Reaktion, von J. Roederer 1031
Die Behandlung des Ekzems mit heißen Bädern, von Caesar Philip 1038
Über Arthigon, von Rohr 1055
Untersuchungen über den Liquor cerebrospinalis in bezug auf die Beteiligung des Nervensystems bei der sekundären Syphilis, von Udo Julius Wile und John Hinchman Stokes 1079. 1107. 1127
Über einen Fall von rasch tödlich verlaufener Meningitis luica neun Wochen nach dem Primäraffekt, von Th. Fahr 1103
*Pasta kali chlorici cum creta, von Paul Unna jun. 1132
Die Sauerstoffmittel in der Dermatologie, von P. G. Unna 1143. 1170
*Behandlung der Lues mit Embarin, von A. Waller 1147
Zu Havas' Kritik meiner Arbeit: „Über das Wachstum der Haare auf Favusnarben nach Skarifikationen und Einpflanzung von Teilen des Haarschafts", von Menahem Hodara 1167
Über Purium, einen neuen Steinkohlenteererester, von Chajes 1183
Einige praktische Bemerkungen über einen Fall von pellagrösem Erythem, von Guido de Probizer 1207
*Über Embarin, von Hans Szerdotz 1213
Kreidepasten, von P. G. Unna 1223
**Die bisherige Tätigkeit der „Royal Commission on Venereal Diseases", von Richard Frühwald 1230

Digitized by Google

Seite

Die Behandlung juckender Dermatosen mit Ringerscher Lösung und Eigenblut, von Fritz Lux 1247. 1273
*Erfahrungen mit Embarin in der Syphilistherapie, von Adalbert Pap 1256
Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis des syphilitischen Primäraffektes am Nabel, von J. H. Rille 1271
Das Salvarsan, ein echter Farbstoff, von J. Schumacher 1295
Über die Infektiosität des Blutes im latenten Stadium der erworbenen Syphilis, von Richard Frühwald 1319
Zur Frage des experimentellen Xanthoms, von A. J. Lebedew. (Mit 1 farbigen Tafel) 1343. 1372
Über die Färbung der Endfäden des Treponema pallidum, von Arturo Fontana 1367
Studien über Dermatomykosen in Berlin, von W. Fischer. (Mit 1 Tafel) 1391
V. Kongreß der Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani, Bericht von Vincenzo Montesano 1406

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft 847. 876. 1016
Brasilianische Gesellschaft für Dermatologie 1412
Academia di Scienze Mediche e Naturali di Ferrara 969
Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1043. 1064
R. Academia Medica di Genova 969
Società Medico-Chirurgica di Modena 968
Vereinigung der Ärzte des Mjassnitzki-Krankenhauses zu Moskau 811
Royal Society of Medicine, Dermatological Section 1260

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 852. 1040
Annales des maladies vénériennes 820. 1090. 1236
Archiv für Dermatologie und Syphilis 1085. 1407
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie . . . 1043. 1064
Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma 854. 1311
Dermatologia 818. 970. 1018
Folia urologica 819. 1024. 1235
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 855. 1305. 1329
The British Journal of Dermatology 813. 969. 1088
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 815. 850. 1020
Journal d'Urologie médicale et chirurgicale 857. 1049. 1315
Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section 1260
The urologic and cutaneous Review 1149
Revue Belge d'Urologie et de Dermato-Syphiligraphie 1317
Revue clinique d'Urologie 860
Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires 1052
Sexual-Probleme 1153
Dermatologische Zeitschrift 849. 1258. 1406
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 819. 1235. 1313
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie 1088
Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten 971. 1017
Zeitschrift für Urologie 856. 1312
Zeitschrift für urologische Chirurgie 1021. 1413
Dermatologisches Zentralblatt 813. 1017. 1088. 1235. 1304

Personalien: 830. 862. 894. 926. 950. 1006. 1030. 1054. 1078. 1102. 1126. 1142. 1166. 1182. 1206. 1222. 1237. 1270. 1294. 1318. 1342. 1366. 1390. 1422.

Nachweis der Tafeln.

Tafel 10 A. J. Lebedew.
„ 11 W. Fischer.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. Juli 1914 | Nr. 27 | Band 59

Aus dem pharmakologischen Institut der k. k. Universität (Vorstand: Prof. Dr. L. Popielski) und der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskranke (Primärarzt Dr. J. T. Lenartowicz) des Allgem. Krankenhauses in Lemberg.

Beobachtungen über kutane Resorption der Salizylsäure aus Pflastern.

Von

Dr. J. T. Lenartowicz.

Die Fälle, welche ich zu schildern beabsichtige, sind aus zwei Gründen beachtenswert: erstens deswegen, weil sie für den praktischen Arzt eine Warnung sein können, und zweitens weil sie vielleicht einigermaßen zur Erweiterung unserer Kenntnisse über die Hautresorption bei gewissen zu therapeutischen Zwecken angewendeten Heilmitteln beitragen können. Die Frage der Resorptionsfähigkeit der Haut, insbesondere der gesunden, ist, wie mir scheint, nicht genügend bearbeitet, oder wenigstens wird sie in den medizinischen Hand- und Lehrbüchern nicht genug nachdrücklich betont. Nur sehr umfangreiche Handbücher der Toxikologie[1]) widmen der Resorptionsfähigkeit der gesunden Haut mehr Aufmerksamkeit.

Allgemein ist der Grundsatz anerkannt, daß die gesunde Haut mit unversehrtem Epithel die perkutan angewendeten Mittel nicht resorbiert. Man kann z. B. die Extremitäten eines Menschen in Lösungen giftigster Alkaloide eintauchen (Versuch von Kionka), ohne daß Vergiftungserscheinungen auftreten, wenn nur das Epithel unversehrt ist und keine Abschilferungen oder irgend welche Verletzungen aufweist.

Im allgemeinen genommen resorbiert also die gesunde Haut keine, auch keine giftigen Mittel, mit Ausnahme der ätzenden, die vorher die Integrität des Epithels auf diese oder jene Weise schädigen. Nur von einigen Mitteln wissen wir sicher, daß sie, auf die, wenn auch gesunde Haut auf größerer Fläche appliziert, Symptome einer allgemeinen Vergiftung hervorrufen können. (Chrysarobin, Phenole und deren Derivate, Pyrogallussäure, Naphthol, Quecksilber usw.)

Mit der Möglichkeit einer Vergiftung durch diese Mittel rechnet auch gewöhnlich der praktische Arzt und wendet sie behutsam an.

[1]) R. Kobert: Lehrbuch der Intoxikationen, 1902.

Digitized by Google

Unbekannt dagegen ist uns die Resorptionsfähigkeit der gesunden Haut bei einer ganzen Reihe perkutan angewandter Heilmittel, ja wir bezweifeln sogar die Möglichkeit einer Resorption dieser Mittel in Dosen, die wir gewöhnlich zu Heilzwecken anwenden. Bei der Behandlung des Gelenkrheumatismus z. B. vertraut der praktische Arzt mehr den innerlich gereichten Salizylpräparaten, als ihrer lokalen Anwendung, und wenn er dieses oder jenes Heilmittel beim Rheumatismus perkutan anwendet, so tut er dies eher um lokale Schmerzen zu lindern, als mit der Voraussetzung, daß dieses Heilmittel in so einer Menge sich durch die Haut resorbieren wird, daß dies einer „per os" gereichten Salizyldosis gleichkäme. Dieser Anschauung über die Undurchlässigkeit der gesunden und unveränderten Haut muß man sicherlich das Erscheinen von immer neuen Salizylpräparaten verdanken, von denen jedes angeblich besser als die früher bekannten resorbiert wird, und von denen man im allgemeinen die Überzeugung hat, daß sie in verhältnismäßig kleinen Mengen resorbiert werden und nur reizend wirken. Ich bin der Ansicht, daß von den perkutan angewendeten Salizylmitteln mit gleicher Salizylmenge, das Salizyl leichter und in größeren Mengen aus denjenigen resorbiert wird, welche in ihrer Zusammensetzung mehr Hautreizmittel enthalten, die also entweder eine Hyperämie oder Lockerung des Epithels verursachen.

Zu dieser Überzeugung kam ich auf Grund zweier unlängst beobachteter Fälle sowie auf Grund einiger Versuche, welche ich eben durch diese Fälle angeregt, vorgenommen habe.

Aus den in der Einleitung hervorgehobenen Gründen werde ich diese Fälle etwas ausführlicher beschreiben:

Fall I. Die Kranke R. J., 16 Jahre alt, meldete sich auf die Abteilung am 2. VIII. 1913.

Körperbau und Ernährungszustand ziemlich gut, Haut blaß, Haare schwarz. Die inneren Organe bis auf eine Verschärfung der Atemgeräusche in den Lungenspitzen ohne Veränderungen. Mäßiger eitriger Ohrenfluß rechts. Das rechte Trommelfell stark lädiert. Die rechte untere Extremität im ganzen stark verdickt, besonders aber im Bereiche des Unterschenkels und Fußes, wo sich die verdickte und harte Haut nicht in Falten erheben läßt. Am Fuße und bis zur Hälfte des Unterschenkels sieht man zahlreiche, größtenteils kleine Lupusknötchen, welche hier und da tief bis ins Derma reichende Infiltrate bilden. Am Fußrücken, welcher am stärksten verdickt und ödematös ist, einige Verschwärungen; am äußeren Knöchelrande sowie zwischen der 3. und 4. Zehe fungöse Wucherungen. Handtellergroße Lupusnarben (mit persistierenden Knötchen im Umfange) am Gesicht und am linken Vorderarm.

Diagnose: Otitis media suppurat. dextra. Lupus vulgaris faciei et antebrachii sin. Lupus vulgaris et Elephantiasis consecutiva extremit. infer. dextri fere totius. Fungus t. b. c. dorsi pedis dextri.

Die Kranke hat bis jetzt keinen Arzt konsultiert. Die Krankheit soll in den ersten Jahren der Kindheit begonnen haben.

Da sich die Kranke zu keinem operativen Eingriff entschließen konnte, wurde am

Digitized by Google

3. VIII. um 3 Uhr nachmittag ein 40% Salizylseifenpflaster auf die krankhaft veränderte Extremität, den Fußrücken ausgenommen, angewendet und mit einer Kalikobinde verbunden.

Am 4. VIII. bei der Morgenvisite, ungefähr um 10 Uhr, meldete die Wärterin, die Kranke habe am Vorabend bis 38,6° gefiebert, in der Nacht mehrmals erbrochen und daß sie über heftige Kopfschmerzen und Ohrensausen klagte. Das Ohrensausen, die Kopfschmerzen und das Erbrechen hielten noch am Morgen des 4. VIII. an.

Bei der Morgenvisite fand ich die Kranke bei schwachem Bewußtsein, auf dem Rücken liegend, mit tief und steif in die Kissen eingedrücktem Kopf, mit weit geöffneten und fast bewegungslos auf die Decke starrenden Augen. Auf die lauten Fragen antwortet die Kranke nur mit Mühe, und klagt über heftige Kopfschmerzen und Ohrensausen. Mäßige Nackenstarre, beschwertes und ungleichmäßiges Atmen vom Cheyne-Stokes-Typus, wobei die Nasenflügel und die Nackenmuskeln tätig sind. Temperatur 40,8° C, Puls 140. Die Kranke erbricht gallig gefärbte Massen, wobei die Gesichtshaut blaß, mit Schweiß bedeckt ist. Die zum Konsilium eingeladenen Internisten und Spezialärzte für Nervenkrankheiten vermuteten die Möglichkeit einer Gehirnkomplikation ex Otitide suppurativa oder eine akute Vergiftung. Da die Kranke außer dem Salizylpflaster mit keinem anderen Mittel behandelt wurde, konnte die Vergiftung nur auf das Pflaster zurückgeführt werden. Das Pflaster wurde sofort entfernt, die Extremität mittels Benzin gereinigt, auf den Kopf wurden kalte Kompressen gelegt und subkutan Kampfer injiziert. Der Urin wurde mittels Katheter zwecks Untersuchung auf Salizyl entleert. Man bekam so 200 ccm eines trüben, gesättigten Fieberharnes mit deutlichen Spuren von Eiweiß. Mit Eisenchloridlösung gibt der Urin deutliche Salizylreaktion, indem er sich dunkelviolettrot färbt. Die Kranke starb um 12 Uhr mittags desselben Tages.

Die am 5. VIII., 20 Stunden nach dem Tode ausgeführte Sektion (Doz. Dr. Hornowski) ergab folgendes Bild:

Lupus hypertrophicus faciei et extremitatis inf. d. cum Elephantiasi consecutiva eiusdem. Otitis media suppur. d. Hyperaemia majoris gradus meningum. Oedema et hyperaemia pulmonum. Concretiones pleurales lateris d. Ecchymoses pericardii. Deg. myocardii adiposa. Hyperaemia organorum. Colpitis muco-purulenta. Tumor lienis follicularis. Hyperplasia glandular. lymph. univers et apparatus lymphat. intestin. Thymus persistens. Status hypoplasticus cum hyperplasia thymi.

Ob wir in diesem Fall mit voller Gewißheit die Salizylvergiftung als Todesursache betrachten können, ist schwer zu entscheiden. Sowohl in den Symptomen zu Lebzeiten der Kranken, sowie im Sektionsbilde liegen Einzelheiten vor, die einerseits dafür, andererseits dagegen sprechen.

Für eine Vergiftung spricht vor allem die sehr große Menge des angewendeten Pflasters mit bedeutendem Inhalt von Salizylsäure. Man verwendete nämlich 200 g 40% Salizylpflasters auf die Haut des ganzen Unterschenkels und auf die Hälfte des Oberschenkels. Obzwar die Haut schon durch den Lupus krankhaft verändert war, fanden sich an derselben keine größeren Wunden und Epithelabschilferungen, und die verdickte elefanthiastische Haut mit der konkomitierenden Lymphstauung erlaubte eher den Schluß auf eine verzögerte, als auf eine erleichterte Resorption.

Für die Möglichkeit einer Vergiftung durch die Haut spricht der Umstand, daß die bei internem Gebrauche wenig giftige Salizylsäure

Digitized by Google

äußerlich appliziert ätzende und epithelverletzende Eigenschaften besitzt, welche die natürliche Schutzkraft der Haut vernichtet.

Für die Möglichkeit der Vergiftung sprechen endlich auch die zu Lebzeiten beobachteten Symptome, wie: der Atmungstypus, die Gehirnsymptome, das Ohrensausen, die Kopfschmerzen, das Erbrechen, der Puls, der Urin mit großen Uratmengen (eine charakteristische Eigenheit, die für einen energischeren Stoffwechsel spricht), das Vorhandensein von Eiweiß im Urin und seine ausgesprochene Salizylreaktion. Von dem Sektionsbefunde sprechen für eine Vergiftung: Die Hyperämie der Meningen, das Bild einer akuten Nephritis, die Blutergüsse auf dem Perikardium, in der Nierenkapsel und im Verdauungstraktus.

Die dafür sprechenden Beweise werden bedeutend durch zwei Umstände geschwächt und zwar: durch die bei Lebzeiten beobachtete Temperatursteigerung bis 40,8° C, anstatt eines Abfalles unter die Norm, und den durch die Sektion erhobenen Befund eines Status thymicolymphaticus. Da die Salizylsäure im Urin nur qualitativ, nicht quantitativ nachgewiesen werden konnte, so können wir leider die Menge der resorbierten Salizylsäure nicht genau berechnen. Wir dürfen aber annehmen, daß die an sich sogar kleine Salizylmenge zu schweren Folgen bei einem mit Status thymico-lymphaticus behafteten Individuum führen konnte. Dieser Fall überzeugte mich also nicht mit voller Sicherheit, daß hier der Tod durch die Resorption einer giftig wirkenden Salizylsäuremenge vom perkutan angewendeten Pflaster hervorgerufen wurde.

Mehr Licht auf den ersten wirft der zweite Fall, so daß beide zusammen sich einander ergänzen und auf weitere Schlüsse erlauben.

Fall II. D. K., 22 Jahre alt, ziemlich gut gebaut, schlecht ernährt. Brünett, von dunkler, trockener Haut, mit schlecht entwickeltem Fettpolster. Die inneren Organe ohne wahrnehmbare Veränderungen.

Diagnose: Lupus vulgaris faciei totius. Lupus vulgaris extremit. infer. sinistri.

Am 18. X. 1913, um 3 Uhr nachmittag, applizierte man auf den halben Unterschenkel und fast den ganzen Oberschenkel ein 40% Salizylseifenpflaster. Man nahm dazu 100 g Pflaster auf Leinwand geschmiert; die Extremität wurde mit einer Kalikobinde verbunden. Am Abend desselben Tages klagte die Kranke nicht, erst in der Nacht vom 18. X. auf 19. X. traten die ersten Vergiftungssymptome auf, wie Ohrensausen, Augenflimmern, Gehörstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Trockenheit im Munde und Atemnot.

19. X. Die oben beschriebenen Symptome halten an. Die Kranke erbricht. Bei der Morgenvisite um 10 Uhr fand ich die Kranke gereizt, sie klagte über Atemnot, Kopfschmerzen und Ohrensausen. Puls 112. Temperatur 36,7° C. Aufgefordert zum Aufstehen und Gehen, taumelt die Kranke und macht den Eindruck, als ob sie benommen wäre. Man nahm sofort den Verband ab, entfernte von der Extremität die Pflasterreste. Um den Brechreiz zu beruhigen, verordnete man das Schlucken von Eispillen und als Gegengift jede Stunde größere Mengen Natr. bicarbon. Der Urin gesättigt, durch größere Uratmengen trübe, reagiert sauer, gibt deutliche Salizylsäurereaktion.

Digitized by Google

Das Blutserum reagiert alkalisch, gibt mit Eisenchloridlösung auch Salizylreaktion.

Gegen 6 Uhr abends ließen Atemnot und Kopfschmerzen nach. Die Kranke ist ruhiger, schwitzte, seit Mittag kein Erbrechen mehr. Sie klagt noch über Durst, Trockenheit im Munde und Ohrensausen. Sie hört besser, beim Gehen kein Schwindel mehr, Puls 102, Temperatur 37,2° C. Die Salizylsäurereaktion im Urin so intensiv wie vormittags. Die Reaktion hält noch die nächsten Tage an, obgleich alle Vergiftungssymptome bereits schon nachgelassen haben, zeigt jedoch stufenweise eine stets geringere Intensität, so daß man am 22. X. früh kein Salizyl mehr im Urin nachweisen kann. Die Ausscheidung des Salizyls mit dem Urin dauerte also 85—90 Stunden, von dem Augenblick gerechnet, seit dem man Pflaster applizierte. Eiweiß war während der ganzen Zeit nicht vorhanden.

Wenn der erste Fall gewisse Zweifel hervorrufen könnte, ob man für die Todesursache unbedingt die perkutane Resorption einer bedeutenden Menge von Salizylsäure ansehen soll, so beweisen die, wenn auch weniger intensiven und vorübergehenden Symptome im zweiten Fall unwiderlegbar, daß ihre Ursache in der Resorption der Salizylsäure aus dem Pflaster durch die Haut liegt.

Sowohl im ersten wie im zweiten Fall applizierte man das Pflaster auf die pathologisch veränderte Haut, also auf eine Haut, die die angeborene Widerstandskraft des Epithels eingebüßt hat. Die Intensität der Symptome entsprach der Menge des zum Verbande verbrauchten Salizylseifenpflasters.

Nun wollten wir feststellen, ob nur die kranke Haut gegen die Wirkung der Salizylsäure so empfindlich ist. Man führte deshalb einige Versuche über die Wirkung des Salizylpflasters auf die gesunde Haut aus, von vornherein annehmend, daß die Resorption in diesen Fällen viel schwieriger sein werde. Daß diese Voraussetzung falsch war, zeigten jedoch unsere Wahrnehmungen.

Ich erlaube mir, wenigstens in aller Kürze, einige dieser Versuche zu beschreiben und auf gewisse Einzelheiten aufmerksam zu machen.

Versuch I. Die Kranke T. M., 22 Jahre alt. Gonitis gonorrhoica dextra acuta.

Auf die unversehrte, blasse Haut der geschwollenen kranken Extremität applizierte man 100 g 40% Salizylpflaster am 21. X. um 6.30 Uhr abends. Der Verband umfaßte das Knie und reichte von der Mitte der Wade bis zum oberen Drittel des Schenkels. 2 Stunden darauf hatte die Kranke die Empfindung von Hitze und Brennen. Um 10 Uhr abends Ohrensausen, Augenflimmern und Schwindel. Um zwei Uhr nachts dieselben Symptome, nur stärker, außerdem Atemnot, das Gefühl von Hitze im Gesichte und Trockenheit im Munde. Am 22. X. 9 Uhr früh dieselben Symptome, außerdem Brechreiz. Puls 103, Temperatur 37,1° C. Die Schmerzen im Gelenk, die vor dem Anlegen des Verbandes sehr stark waren, heute schwächer. Man entfernte den Pflasterverband. Die ganze vorher vom Pflaster bedeckte Haut ist mäßig gerötet, scharf von der vom Pflaster freien Haut abgegrenzt, dabei etwas gelockert und auf Druck empfindlich. Verletzungen oder Defekte des Epithels sind makroskopisch nicht nachweisbar. Der Nachturin sowie der früh entleerte ist sauer, saturiert und zeigt starke Salizylreaktion, nicht schwächer wie in den beiden vorhergenannten Fällen. Eiweiß wurde

Digitized by Google

nicht gefunden. Man verordnete Natriumbikarbonat alle zwei Stunden. Die Salizylsäurereaktion im Urin ist mit wechselnder Intensität bis zum 23. X. 9 Uhr früh, nachweisbar, also 38 Stunden.

Versuch II[1]). Auf die gesunde Haut des linken Armes der Patientin P. A., 22 Jahre alt, sehr gut gebaut und gut genährt mit reichlichem Fettpolster, applizierte man am 29. X., um 3 Uhr nachmittags, 25 g 40% Salizylpflaster und legte einen Verband an. Das Pflaster ließ man bis 3 Uhr des nächsten Tages liegen. Eine ziemlich starke Salizylreaktion im Urin konnte man schon nach 3 Stunden nachweisen, die an Intensität ständig zunahm, so daß am 30. X. um 10 Uhr früh die Reaktion sehr deutlich zu sehen war. Nach dem Entfernen des Pflasteers nach 24 Stunden zeigt die Haut nicht nur Rötung, Schwellung und Lockerung der oberflächlichen Epithelschichten, sondern auch hier und da haselnußgroße, mit serösem Inhalt gefüllte Blasen.

Beide Versuche beweisen deutlich, daß die Salizylsäure aus dem Salizylseifenpflaster durch die gesunde Haut sehr gut und sehr leicht resorbiert wird, daß das auf diese Weise resorbierte Salizyl sehr schnell (nach 3 Stunden) im Urin auftritt und daß die Intensität der Nebenerscheinungen von der Menge des angewendeten Pflasters abhängig ist. Auf welche Weise die Resorption vor sich geht, welcher chemische Prozeß die Resorption dieses in Wasser so schwer lösbaren Mittels begünstigt, ist schwer zu entscheiden.

Die Löslichkeit der Salizylsäure in Wasser ist minimal, da 1 Teil Salizylsäure sich in 500 Teilen Wasser bei 15° C und in 15 Teilen beim Siedepunkt löst.

In basischen Wasserlösungen ist die Lösbarbeit größer. Höchstwahrscheinlich erleichtert also die Alkaleszenz des Blutes und der Gewebesäfte die Löslichkeit. Die Resorption geht rasch vor sich, sogar aus einem für die Resorption so ungünstigen Vehikel wie die Pflastermasse (Empl. plumbi simpl. 75, Cerae albae 13, Sapon. medic. 7, Ol. camphor. 5). Der raschen Resorption entspricht die rasche und wahrscheinlich vollständige Ausscheidung des Salizyls durch den Harn.

Die durch U. Mosso sowie St. Badrynski ausgeführten Versuche über das Verhalten des „per os" gereichten Natr. salicyl. zeigen, daß dasselbe sich nicht mit dem Kot, sondern mit dem Urin und zwar vollständig und unverändert ausscheidet. Nach Mosso hört die Ausscheidung durch den Urin nach einer einmaligen Dosis von 3 g Natriumsalizilat nach 36 Stunden auf und beträgt die Menge der Ausscheidung mit dem Harn 96, 98—100%. H. Ulrici hat in Übereinstimmung mit Bolland, Schreiber, Waldvogel und Singer nachgewiesen, daß die intern eingenommenen Salizylpräparate die Ausscheidung der, Harnsäure um 40—50% vergrößern, und daß der gesamte Stoffwechsel bis zu 7% gesteigert wird. Daher waren auch in unseren Fällen die Harne immer stark gesättigt und oft durch die gefällten Urate trübe. Dieser Steigerung des Stoffwechsels

[1]) Diesen Versuch führte Prof. Dr. Popielski aus, indem er den Studierenden während des Vortrages die Wirkung des Salizylpflasters demonstrierte.

Digitized by Google

ist höchstwahrscheinlich der günstige Einfluß des Salizyls beim Diabetes zu verdanken, bei welchem manche Autoren, wie Müller, Warneck und Kamen, eine Tagesdosis von 12—16 g Salizylnatron empfehlen.

A. Michaelis bemerkte bei einem Diabetiker ein vollständiges Verschwinden des Zuckers im Urin, nachdem der Kranke sich mit Salizyl vergiftete, indem er ohne Wissen des Arztes zwei Monate lang täglich 9—10 g Natriumsalizylat (zusammen ungefähr 400—500 g) einnahm. Nachdem die Vergiftungssmyptome vergangen waren, trat der Zucker im Urin wieder auf. Wie wir sehen, ist die Toleranz des Organismus gegen Salizyl, besonders gegen Salizylnatrium, oft sehr bedeutend.

R. Kobert führt Fälle von Salizylvergiftungen nach Dosen von 15, 22 und 50 g! an, welche trotz heftiger Symptome nicht tödlich verliefen und nach 2—4 Tagen nachließen. Dem stellt er einen Todesfall nach Einnahme von 3 g Salizylsäure nach 40 Stunden unter Komasymptomen entgegen, nimmt aber an, daß das Präparat nicht chemisch einwandfrei war. Derselbe Autor hebt hervor, daß vorübergehende Intoxikationen selbst Ärzte oftmals verursachen, indem sie rheumatischen Kranken große Salizyldosen verabreichen.

Giftiger als Salizylnatron ist, wie bekannt, die Salizylsäure, aber auch davon verordnen manche Ärzte ziemlich große Dosen. Aufrecht z. B. verabreicht bei akutem Gelenkrheumatismus 6 g Salizylsäure täglich und hebt die günstigere Wirkung der Salizylsäure im Vergleich mit Salizylnatron hervor. Die durch die oben genannten Verfasser beschriebenen Vergiftungen betreffen insgesamt Fälle, wo das Salizyl intern gereicht wurde, dagegen fand ich in der mir zugänglichen Literatur keinen einzigen Fall einer durch die Anwendung des Salizylpflasters auf die Haut hervorgerufenen Vergiftung. Und doch sind die Salizylvergiftungen nicht allzu selten, um nur den tödlichen Fall von Quincke v. J. 1882 zu nennen, ferner Fälle akuter Vergiftungen mit sehr heftigen, aber nicht tödlichen Symptomen, von Petersen, Weckerling, Allaire, Michaelis, Koelin, Bernard, Henneberg usw. Nach der Statistik von H. Koppel war das Salizyl innerhalb nur eines Dezennium (1880—1889) in 23 Fällen die Ursache von mehr oder weniger heftigen Vergiftungen.

Wie soll man also unsere beiden Fälle und die anläßlich derselben angeführten Experimente deuten?

Im Falle I verursachte die aus dem Salizylseifenpflaster resorbierte Salizylsäure höchst wahrscheinlich Intoxikationssymptome, ob aber dieselbe auch den Tod verursachte, das wollen wir nicht behaupten. Es waren hier zwei Ursachen im Spiel: die Resorption einer übergroßen Menge von Salizylsäure in den Blutkreislauf und der „Status thymico-lymphaticus". Die Symptome im Falle II, sowie im Versuche I erlauben mit vollster Sicherheit die Annahme, daß dieselben durch das Salizylseifenpflaster verursacht worden sind. Diese Fälle belehren uns, daß das 40 % Salizylseifenpflaster keinesfalls ein indifferentes Mittel ist, und daß es sogar Vergiftungssymptome hervorrufen kann.

Die Versuche I und II zeigen uns, daß die Salizylsäure auch durch die gesunde Haut resorbiert werden kann, und zwar deshalb, weil sie dieselbe infolge ihrer ätzenden Eigenschaft derartig schädigt, daß dieselbe auch für größere Salizylmengen durchlässig wird. Obwohl wir leider

Digitized by Google

die resorbierte Salizylmenge in unseren Versuchen nicht bestimmen konnten, so dürfen wir wohl annehmen, daß dieselbe bedeutend war, weil sie doch so bedeutende Vergiftungserscheinungen hervorrufen konnte.

Dasselbe, was wir vom 40 % Salizylseifenpflaster gesagt haben, bezieht sich auch auf die minderperzentigen, weil, wie unsere Versuche, auf die wir des Raummangels wegen nicht näher eingehen wollen, zeigten, das Salizyl auch aus 20, 15 und 10 % Pflastern resorbiert wurde, was wir im Harne nach 24 Stunden durch die Reaktion nachweisen konnten.

Es darf also auf größeren Hautflächen sogar das 10 % Salizylseifenplaster nicht angewendet werden, besonders aber, wenn die Haut krankhaft verändert ist.

Ja, die Salizylsäure wird sogar aus Salben resorbiert. Bei einer mit Schuppenflechte behafteten Patientin verordnete man 200 g einer Salbe von folgender Zusammenstellung: Acid. salicyl. 10,00, Sulfur. praecipitat. 20,00, Sapon. virid. 50,00, Vasel. fl. 150,00. Nach 24 Stunden war die Salizylreaktion im Urin positiv, obwohl die Salbe kaum 5 % Salizylsäure enthielt.

Die Fähigkeit des Resorbiertwerdens besitzt nur die Salizylsäure, nicht aber deren Salze. Das Salizylsäurenatron wird weder aus dem 40 % Salizylseifenpflaster noch aus einer 20 % wässerigen Lösung resorbiert, obwohl anzunehmen wäre, daß das Natronsalizylat, als leichter löslich (Löslichkeit 1: 0,9 kaltes Wasser), auch leichter resobiert werden sollte. In den Versuchen mit dem salizylsauren Natron im Seifenpflaster wurde natürlich die Salizylsäure durch entsprechende Mengen des Natr. salicyl. ersetzt. Trotzdem, daß 100 g eines derartigen Pflasters durch 24, ja sogar 48 Stunden auf der gesunden Haut verblieben, litt die Haut nicht darunter und im Urin konnten wir keine Spur von Salizyl nachweisen. Auch konnte das Salizyl im Urin eines Patienten nicht nachgewiesen werden, bei welchem wir durch 24 Stunden einen impermeablen Umschlag von 100 g einer 20 % wässerigen Lösung von Natr. salicyl. appliziert haben.

Meine Versuche und Beobachtungen stimmen mit denen von Bourget vollkommen überein. Dieser Autor publizierte schon im Jahre 1893 eine sehr lehrreiche und gewissenhafte Abhandlung unter dem Titel: „Über die Resorption der Salizylsäure durch die Haut und die Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus." In seinen Versuchen benutzt Bourget eine 10 % Salizylsalbe (Rp. Acid. salicyl. 10,00 Ol. Sesami 10.00, Lanolini 10,00, Adip. suil. 100) und wies experimentell nach, daß aus dieser Salbe in 24 Stunden durch die gesunde Haut durchschnittlich 0, 2—1, 4 Salizylsäure resorbiert wird, je nach dem Alter, der Hautgegend und der Haarfarbe des Untersuchten. Die Menge der resorbierten Salizylsäure berechnete er aus der in 24 Stunden gesammelten Urinmenge.

Dieser Autor betont ausdrücklich, daß die Fähigkeit des Dürchdringens durch die Haut nur der Salizylsäure, nicht aber deren Salzen in dem Grade zukommt.

Diese durch Bourget angegebenen Ziffern, obwohl in ziemlich weiten Grenzen schwankend, überzeugen uns genügend, wie große Mengen der Salizylsäure durch die Haut resorbiert werden können. Ich erfuhr aber leider von den Versuchen des Autors dieser klassischen Abhandlung zu spät, nämlich nachdem ich durch die Beobachtung meiner eigenen Fälle

Digitized by Google

von der Richtigkeit der Bourgetschen Beweise des Besseren belehrt wurde.

Wäre mir die Abhandlung dieses Autors (merkwürdigerweise in keinem mir zugänglichen Handbuche zitiert) früher bekannt gewesen, hätte ich gewiß keinen Mut gehabt, so hochperzentige Sallizyseifenpflaster zu verwenden.

Diese meine Bemerkungen veröffentliche ich in der Hoffnung, daß sie andere Praktiker zur Vorsicht mahnen werden.

Literatur.

1. Aufrecht, Über die Anwendung von Salizylsäure und Salol beim akuten Gelenkrheumatismus. (Ther. Mh., 1838.) — 2. St. Badrynski, Über das Verhalten einiger Salizylsäureester im Organismus. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1897, Bd. 38.) — 3. H. Bernard, Ein Fall von Salizyldelirium. (Ther. Mh., 1899.) — 4. Binz, Einwirkung der Kohlensäure auf salizylsaures Natron. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1879, Bd. 10.) — 5. I. Bloch, Die Praxis der Hautkrankheiten, 1908. — 6. P. Bongers, Über die Ausscheidung körperfremder Stoffe in den Magen. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1895, Bd. 35.) — 7. Bourget, Über die Resorption der Salizylsäure durch die Haut und die Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus. (Ther. Mh., 1893.) — 8. Hager, Handbuch der Pharmazeutischen Praxis. — 9. H. Hennebergo, Salizylmundwasservergiftung (Ther. Mh., 1908.) — 10. M. Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, 1899. — 11. W. Kirchner, Über die Einwirkung von Chinin. und Salizylsäure auf das Gehörorgan. B. kl. W., 1881.) — 12. R. Kobert, Lehrbuch der Intoxikationen, 1902, 1906. — 13. Koelin, Ein Fall von schwerer Salizylsäurevergiftung. (Ther. Mh., 1897.) — 14. Leistikow-Darier, Thérapeutique des maladies de la peau, 1900. — 15. F. Mendel, Der akute Gelenkrheumatismus und die intravenöse Salizylbehandlung. (Ther. Mh. 1904.) — 16. Meyer und Gottlieb, Die experimentelle Pharmakologie, 1910. — 17. A. Michaelis, Zur Behandlung des Diabetes mit salizylsauerem Natron. (Ther. Mh., 1894.) — 18. U. Mosso, Quantitative Untersuchungen über die Ausscheidung der Salizylsäure. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1890, Bd. 26.) — 19. E. Pinczower, Über die Resorption und Ausscheidungsdauer einiger Salizylpräparate. (Ther. Mh., 1910.) — 20. H. Quincke, Zur Kenntnis der Salizylsäurewirkung. (B. kl. W. 1881.) — 21. Schalenkamp, Rheumatismus, Rheumatosen und deren perkutane Behandlung mit 20% Salizyl-sapen Krewel. (Ther. Mh., 1906.) — 22. P. Scharff, Zur perkutanen Salizyltherapie. (Ther. Mh., 1912.) — 23. H. Ulrici, Über pharmakologische Beeinflussung der Harnsäureausscheidung. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1901, Bd. 46.) — 24. Zimmermann, Ein Beitrag zur Kenntnis der antifebrilen Wirksamkeit der Salizylsäure. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1875, Bd. 4.)

Digitized by Google

Gicht und Harnröhrenstriktur.

Urologische Beobachtungen im Radiummineralbade Brambach i. Vgtl.

Von

Dr. Paul Scharff, Stettin.

In den Ring der Heilbäder Deutschlands ist seit 2 Jahren das Radiummineralbad Brambach i. V. als neues Glied eingetreten. Den Hauptheilfaktor Brambachs repräsentiert sein großer Reichtum an Radiumquellen. Unter diesen nimmt die Wettinquelle mit einer von Fresenius auf 2270 Macheeinheiten angegebenen Stärke die erste Stelle ein. Das wesentliche Moment der Bedeutung Brambachs besteht aber gegenüber den mineralarmen Quellwässern von Gastein und Joachimstal darin, daß seine Wettinquelle neben ihrem Gehalt an Emanation einen vorzüglichen alkalisch-erdig salinischen Eisensäuerling liefert, der mit der Georg-Viktor-Quelle Wildungens eine gewisse Ähnlichkeit aufweist. Diese Kombination einer hohen Radioaktivität mit einem a priori als wirksam anzunehmenden Mineralwasser fordert geradezu wegen dieser Ähnlichkeit mit jener urologisch altberühmten Quelle dazu auf, ihre Qualitäten, die besonders hinsichtlich ihrer hervorragenden Einwirkungen auf Gicht und gichtähnliche Erkrankungen schon feststehen, auch hinsichtlich ihrer urologisch-therapeutischen Kräfte zu studieren. Diese Aufgabe reizt um so mehr, als bisher die Badeprospekte Indikationen für die Verwendung der Heilschätze Brambachs gegen urologische Leiden noch nicht angeben. Hinsichtlich ihrer Lösung vermag ich nur so viel zu geben, als mir ein sechswöchiger Badeaufenthalt in Brambach und die Liebenswürdigkeit des Badearztes Herrn Dr. Sonntag zu beobachten erlaubt hat. Es sind unter diesen Umständen nur einige wenige Fälle, über die ich hier zu berichten vermag, die mir aber doch interessant genug erscheinen, um zu weiteren Beobachtungen und genaueren wissenschaftlichen Prüfungen anzuregen. Halb in das urologische, halb in das Gebiet der konstitutionellen Gicht gehört folgender Fall:

Ein 49jähriger Gichtiker war nach Brambach gekommen, um sich dort durch eine prophylaktische Kur von einem Teile seiner angesammelten Harnsäure zu befreien und so vor einem erneuten Anfalle sich zu bewahren. Demselben wurde die volle Kur, tägliches Bad, Emanatorium und die Wettinquelle verordnet. Nach dreitägiger Kur bemerkte der Patient, daß seine Harnentleerung eine Hemmung erfuhr, so daß er seine Blase nur mühsam und langsam zu entleeren vermochte. Dabei stellte sich eine Art von Anästhesie in der Harnröhre ein, infolge deren er seine Miktion nicht allein dem Gefühle nach beenden durfte, sondern sie mit dem Auge kontrollieren mußte, weil er sonst sein Glied schon vor der vollständigen Entleerung in die Kleidung zurückgesteckt haben würde. Objektiv ließ sich ein sehr schwacher Harnstrahl von sehr geringer Projektionskraft, wie bei einem alten Prostatiker, beobachten. Die Anamnese des Patienten ergab, daß er mit 20 Jahren eine sehr langdauernde Gonorrhoe mit Prostatitis und einer flüchtigen, einseitigen Epididymitis durchgemacht hatte, von der einige Strikturen zurückgeblieben waren. Diese waren allerdings wiederholt bis Nr. 60 Benique durch Bougierung erweitert worden, aber immer wieder — so gab er an — seien dieselben rückfällig geworden. Jeder dieser Rückfälle, die immer mit zystitischen Erscheinungen und unter Schüttelfrösten aufgetreten seien, habe deutlich seinen Ausgang vor der hintersten, kurz vor dem Bulbus gelegenen Striktur genommen. Regelmäßig habe zuerst ein feines Stechen in dieser angezeigt, daß dort ein alter Entzündungsherd wieder aufflamme. Wodurch aber diese Entzündung sich ohne jeden äußeren Anlaß

Digitized by Google

immer wieder entsponnen habe, war sowohl dem Patienten wie allen bisher ihn behandelnden Ärzten ein Rätsel geblieben. So viel aus der Anamnese.

Auch in Brambach traten in den nächsten Tagen beim Urinieren die dem Patienten so wohl bekannten stechenden Empfindungen in der hintersten Strikturstelle auf, ohne daß jedoch dieses Mal eine Zystitis diese Erscheinungen begleitete. Prostatahypertrophie lag nicht vor und war objektiv gänzlich ausgeschlossen, dahingegen ließ sich allein schon durch die Palpation leicht feststellen, daß der Sitz der Schmerzen beim Urinieren sich in dem Strikturgewebe vor dem Bulbus befand, die sich wie eine dicke flache Bohne deutlich vom Mittelfleisch durchfühlen ließ. Hiermit war eine Übereinstimmung der subjektiven Empfindungen mit dem objektiven Befunde zur Evidenz klargestellt. Daß der von dem Patienten lebhaft gefürchtete Zystitisanfall diesmal fortblieb, dürfte mit Sicherheit wohl der Wirkung des radioaktiven Brunnens zuzuschreiben sein. Aber der weitere Verlauf der Kur sollte auch eine Erklärung der dunkeln Ätiologie jener häufigen uroseptischen Anfälle des Patienten ex juvantibus bringen. Nachdem der oben geschilderte Zustand des Patienten ungefähr in der gleichen Weise etwa 8 Tage angehalten hatte, machte derselbe im Verlaufe der nächsten 3 Tage einem ganz anderen Bilde Platz: der Harnstrahl wurde wieder flott und kräftig, die Miktion vollzog sich wieder schnell und glatt, die Projektionsweite wuchs wieder auf etwa 2 Meter, und die Aktion schloß wieder prompt, wie bei einem Gesunden mit einem fühlbaren Coup de piston ab. Der Patient gab hocherfreut an, daß er sich nach dieser ganz unerwarteten Richtung hin wie vollständig geheilt fühle, gerade als ob er eine glücklich verlaufene Bougiekur durchgemacht habe.

Auf der Suche nach einer Erklärung für diese frappante Wendung zum Guten kam Dr. Sonntag mit mir zu folgender Anschauung, die zum Teil durch die anamnestischen Angaben des Patienten gestützt wird. Daß Gicht bei demselben vorlag, war unzweifelhaft. Ein typischer Podagraanfall sprach ebenso dafür, wie eine im Mai von Dr. Hartung-Berlin vorgenommene quantitative Analyse des Harnes. Diese hatte im Morgenurin eine Gesamtazidität von 300 : 1000 ($^1/_{10}$ normale NaOH) und ein Verhältnis von Harnsäure zum Harnstoff von 1 : 33,5 (statt des normalen von 1 : 10) ergeben, während die gleichen Verhältnisse am Abend 380 : 1000 Azidität und 1 : 38,25 Harnsäure/Harnstoff ergeben hatten, so daß also eine erhebliche Retention von Harnsäure durch die harnanalytische Untersuchung festgestellt war. Mit diesen objektiven Momenten stimmte auch die Erinnerung des Patienten überein, daß alle seine Zystitisanfälle immer dann aufgetreten waren, wenn er eine Reihe guter Tage in bacho et cerere hinter sich gehabt hatte. Auf Grund dieser objektiven Tatsachen darf man wohl annehmen, daß eine uratisch-inkrustierte Striktur vorlag. Durch die Einwirkung der Radiumemanation wurde das Strikturgewebe zunächst entzündet (siehe die reaktiven Schmerzen in den von Harnsäure durchsetzten Gelenken unter gleichen Verhältnissen) und dann durch Lösung und Auswaschung der Urate befreit und erleichtert. Dieser Annahme entsprechend konstatierte der Patient täglich durch Palpation im Bade, wie das zuerst bei Berührung vom Mittelfleische kurz hinter dem Skrotum schmerzende Strikturgewebe allmählich sowohl an Empfindlichkeit, wie auch an Umfang abnahm. Daß sich aller Wahrscheinlichkeit nach im Strikturgewebe Urate abgelagert hatten, stimmt durchaus mit der bekannten Vorliebe derselben überein, sich an Orten zu inkrustieren, in denen auch normalerweise die Zirkulation abgeschwächt ist, wie in den Gelenken. Die spontanen Entzündungsrezidive der Striktur würden somit als Gichtanfälle in der Harnröhre sich charakterisieren, die dann für die verschiedenen Zystitiserreger einen leicht angreifbaren Boden und gute Resorptionsbedingungen schafften. Wahrscheinlich wurde die harnsäurelösende Kraft der Radiumemanation, welche die unlöslichen Urate in lösliche überführte, in diesem Falle durch die Mineralsalzwirkungen des Brunnens und dessen hervorragende diuretische Eigenschaften auf das glücklichste unterstützt. Aus der deutschen Literatur — die englische, die mir nicht zugängig ist, dürfte reichere Stützpunkte für unsere Erklärung liefern — zitiere ich hier nur

Digitized by Google

F. de Quervains Spezielle chirurgische Diagnostik, Leipzig 1911, S. 693; er sah bei einem Gichtpatienten, der 10 Jahre von Anfällen verschont geblieben war, in ununterbrochener Reihenfolge: Angina, Trigeminusneuralgie, Gichtanfälle am Fuße und nichteitrige Urethritis auftreten.

Um über den Weg Klarheit zu bekommen, auf dem die Radiumemanation an das erkrankte Gewebe herangekommen sein könnte, war die Frage zu beantworten, ob neben dem Blute auch noch der Harn selbst als Träger der radioaktiven Kräfte in Betracht käme. Dr. Schneider, der Chemiker des Bades, dem unter anderen Aufgaben die die tägliche fontaktoskopische Kontrolle der Wettinquelle oblag, untersuchte den Harn unseres Patienten, der allerdings auch 3—5 Liter Brunnen täglich zu sich genommen hatte, und fand eine Radioaktivität des Harnes von 10 Macheeinheiten. Um über das Verbleiben bzw. die Ausscheidung der Radiumemanation ein Urteil zu gewinnen, wurde der Patient gebeten, 14 Tage nach der Kur aus seiner Heimat eine Harnprobe zur erneuten Untersuchung zu senden. Auch in dieser ließ sich, trotzdem der Urin erst nach einer Reihe von ca. 48 Stunden in das Laboratorium gelangte, noch 1. Macheeinheit nachweisen.

Sehr nahe lag für mich die Frage, in welcher Weise die Prostatahypertrophie von der Brambacher Kur beeinflußt würde. Gelegenheit zur Beobachtung bot allein ein 76jähriger. Derselbe hatte vor der Kur ein drei- bis viermaliges nächtliches Miktionsbedürfnis gehabt. Seine Kur beschränkte sich lediglich auf das Trinken der Wettinquelle. Trotzdem er, wie alle anderen Patienten, noch abends um 8 Uhr seine 600 g zu sich nahm, ging bei ihm der Harndrang so weit zurück, daß er nachts nur noch zu einer Miktion — die nach seiner Angabe auch bedeutend leichter vonstatten ging, als vordem — gezwungen war.

Schließlich hatte ich noch Gelegenheit, von einem 30jährigen Herrn der gebildeten Kreise von einer günstigen Beeinflussung einer akuten Gonorrhoe durch den Genuß der Wettinquelle zu hören. Er hatte sich nach einem sehr bewegten Junggesellenleben in alkoholisch-animiertem Zustande eine zweite Tripperinfektion zugezogen und zwar kurz vor seiner Verlobung. Die Diagnose war mikroskopisch festgestellt; dem Patienten wurden zur Beseitigung der anfänglich starken Reizungsentzündungen zunächst allein Bleiwasserinjektionen angeraten. Dann wurde der Patient durch seinem Beruf von weiteren Besuchen bei seinem Spezialarzte ferngehalten und war da er sich genierte, sich seinem Hausarzte anzuvertrauen, ganz auf sich allein angewiesen. In die Zeit dieser peinlichen Situation fiel gerade die Entdeckung der Wettinquelle mit ihren wunderbaren radioaktiven Eigenschaften. Er machte sofort einen Versuch mit derselben und genoß täglich ein bis zwei Liter. Der Krankheitsprozeß wurde seiner Ansicht nach in ganz außerordentlicher Weise zum Guten beeinflußt, so gut, daß, als er sich nach 4 Wochen seinem Spezialarzte in P. wieder vorstellen konnte, dieser die vollständige Heilung konstatierte. Daneben stellte sich noch eine zweite, sehr günstige Einwirkung des Brunnens heraus. Der 30jährige Patient hatte im Punkte der physischen Liebe des Guten ein wenig zu viel getan und eine bedeutende Abnahme seiner Potenz mit den Erscheinungen der Spinalirritation erfahren. Als er sich dann kurz darauf verlobte und ein Vierteljahr später heiratete, konnte er zu seiner frohesten Überraschung konstatieren, daß seine sexuelle Schwäche nicht nur vollständig verschwunden war, sondern daß er sogar einen erheblichen Kraftzuwachs gewonnen hatte. Während in seiner vorehelichen Zeit der geschlechtlichen Betätigung — in der letzten Zeit war ihm nur noch ein Koitus una in nocte gelungen — ein Gefühl der Abspannung und Müdigkeit gefolgt war, sah er sich jetzt seiner Angabe nach imstande, mehrere Male zu koitieren, um ohne irgend ein Gefühl der Schwäche am Morgen frisch und arbeitsfreudig zu erwachen. Objektiv war dieser

Digitized by Google

Herr das Bild eines gut genährten und lebensfrischen jungen Mannes. Ganz abgesehen von dieser Mitteilung suchten ein junger kraftstrotzender österreichischer Kollege und ich uns ein Urteil zu bilden über die Beeinflussung der Vita sexualis durch die Brambacher Kur. Die Erfahrung, daß die Gasteiner Bäder sowohl die allgemeine, wie die sexuelle Vitalität in günstigster Weise zu heben imstande ist, darf als allgemein bekannt vorausgesetzt werden. In Brambach hatte ich Gelegenheit, von einem höheren Bergbeamten in leitender Stellung von den geradezu erstaunlichen Einwirkungen der Radiumemanation zu hören. Dieser Herr war bis zu seinem 65. Jahre schwer gichtleidend gewesen, so daß er nur mühsam und mit Schmerzen sich zu bewegen vermochte; seine Potenz war ganz erloschen. Nun wurde ihm die Leitung eines Bergwerkes in der Schneeberger Gegend übertragen, dessen Stollenluft 4000 M.-E. enthält. Allein durch die tägliche Einatmung dieser Luft während seiner beruflichen Tätigkeit wurde der Patient nicht allein vollständig von seiner Gicht befreit, noch dazu ohne Diätänderung und Alkoholabstinenz, sondern fühlte auch seine Potenz so wieder erstarken, daß er zum zweiten Male heiratete, und wie er schmunzelnd erzählte, mit seinem jungen Weibe in glücklichster Ehe lebt. „Manch junger Bursche könnte ihn um seine Kraft beneiden," waren seine eigenen Worte. Während der immerhin durchgreifenden Kur in Brambach scheinen die Geschlechtsnerven zunächst vollständig zu ruhen, und erst geraume Zeit nachher zeigt sich, wie Umfragen bei früheren Patienten ergaben und eigene Beobachtungen bestätigten, eine deutliche Belebung derselben. Um durch eine 4—6wöchige Kur in Brambach gute Erfolge zu erzielen, bedarf es meines Erachtens nach einer strengen Diät, vorwiegend vegetabilen Charakters, und vollständiger Alkoholabstinenz. Der Brunnen wirkt nicht immer und nicht bei allen fördernd auf die Darmtätigkeit. In solchen Fällen scheint mir das Magnesiumsuperoxyd, welches ja ohnehin günstig bei uratischer Diathese wirkt, als bestes Korrigens.

Diese günstige Wirkung des Brunnens auf Gonorrhoea acuta ist meines Erachtens auf eine die Leukozytose anregende Kraft des Brunnens, wie solche bei dem Wildunger Brunnen bereits exakt nachgewiesen wurde (Über eine beim Gebrauch der Wildunger Heilquellen auftretende Leukozytose, v. Dr. Waldshmidt, Balneolog. Zeit. 17), sowie auf die Aktivierung der Abwehrkräfte des Organismus durch die Radioaktivität neben den diuretischen und reizmildernden Eigenschaften des Mineralwassers an und für sich zurückführen lassen.

Jedenfalls verdient der Brambacher Sprudel mit seiner wunderbaren Kombination einer hohen Radioaktivität mit einem erdig-salinischen Eisensäuerling, auch wegen seiner großen diuretischen Wirkungen und seines Kalkgehaltes nicht nur die Aufmerksamkeit des großen ärztlichen Publikums hinsichtlich seiner heilenden Kräfte auf die Gicht, sondern auch auf Diabetes, Pyelitiden, Blasenkatarrhe, Phosphaturie, sowie die oben geschilderten Leiden urogenitalen Charakters. Schließlich scheint sich auch für das Radiummineralwasser eine günstige Aussicht zu eröffnen gegenüber den chronischen Nephritiden; berichtet doch L. Gleim (M. m. W., 1911, Nr. 52), daß sich bei oligurischen Nephritikern nach Radiumtrinkkur nicht allein die Harnmenge bedeutend hob, sondern auch demgemäß das Allgemeinbefinden bessert.

Auf Grund aller dieser Beobachtungen dürfte sich Brambach wohl nicht nur zu einem hervorragenden Gicht- und Rheumatismusbad, sondern in vielleicht gleichem Maße zu einem Bade für Nieren-, Blasen- und sonstige urologische Leiden entwickeln.

Digitized by Google

III. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Urologie.

2.—5. Juni 1914.

Referat von Dr. Ernst R. W. Frank-Berlin.

Der Präsident Prof. Dr. J. Israel-Berlin führt aus, daß die Urologie als ein chirurgisches, inneres, hygienisches und physikalisch-chemisches Wissen und Können erforderndes Grenzgebiet in der fortschreitenden Entwicklung unserer Wissenschaft über die Spezialisierung hinweg zu dem Einheitsgedanken in der Medizin zurückführt.

Die **Anästhesie in der Urologie** wird im wesentlichen durch Schleichs lokale Anästhesie ausgeübt. A. Bier-Berlin: Die urologischen Operationen gehören zu den Eingriffen, die oft der Lokalanästhesie bedürfen, weil sie häufig an Nieren- und Herzkranken und an alten und schwachen Leuten ausgeführt werden. Alle urologischen Operationen lassen sich bis auf geringe Ausnahmen unter Lokalanästhesie ausführen, besonders schmerzhafte Prozeduren unter Zuhilfenahme eines kurzen Ätherrausches. Um- und Durchspritzung der Organe von vorher angelegten Quaddeln der Haut mit $^1/_2$ %iger Novokain-Suprarenin-Lösung und die Leitungsanästhesie Oberests der Rücken- und Lendennerven mit 1%iger Lösung ist verwendbar; am besten aber für den unteren Teil der Harnorgane ist die zuverlässige und leicht ausführbare parasakrale Leitungsanästhesie Brauns, d. h. der Kreuzbeinnerven an ihrem Austrittspunkt an den Knochenlöchern; eventuell muß der vordere Blasenabschnitt noch lokalanästhetisch gemacht werden. Lokal ist 3%iges Alypin zur Unempfindlichmachung empfehlenswert. Die Biersche Rückenmarkanästhesie ist bis zur Auffindung weniger giftiger Mittel zurückgetreten. Die beste Allgemeinnarkose bleibt die Äthertropfnarkose ohne jede Beimischung oder Einspritzung.

Michon und Pasteau-Paris glauben, daß fast alle Patienten eine rasche, gut und ökonomisch mit den üblichen Betäubungsmitteln geleistete Narkose vertragen, raten aber, sich vom Zustande der Leber und Nieren vor der Narkose ein Bild zu machen und die Allgemeinnarkose zu unterlassen, wenn sie nicht dringend angezeigt. Die für die Nierenfunktion unschädliche und die Blasenkontraktionen beruhigende Rückenmarkanästhesie ist sonst nicht gleichgültig und wird deshalb von der regionären und Lokalanästhesie verdrängt.

Cabot-Boston legt den Hauptwert auf die **Vermeidung des Choks**, hält die Rückenmarkanästhesie für die Methode der Wahl bei urologischen Operationen unterhalb des Nabels, die Verwendung von Stickstoffoxydul mit Sauerstoff in Verbindung mit Criles Methode der Anoci-Association (Behandlung der am Peritoneum parietale gemachten Nähte und Unterbindungen mit Chinin-Harnstofflösung, um die Anästhesie 24 Std. lang aufrecht zu erhalten) als Methode der Wahl bei Operationen an Niere und Harnleiter außer bei Kranken mit Zirkulationsstörungen, die Äthernarkose als Methode der Wahl bei Nieren-Harnleiter-Operationen der an Zirkulationsstörungen Leidenden.

Wildbolz-Bern empfiehlt die sakrale Methode, besonders auch bei schwierigen Zystoskopien bei kleiner Blase. Cealic-Bukarest berichtet die Erfahrungen aus Hérescos Abteilung, Alessandri-Rom tritt für die lumbale Anästhesie ein, während Ravasini-Triest die üblen Zufälle bei den verschiedenen Anästhesien in Nicolichs Klinik Revue passieren läßt. v. Fedoroff-St. Petersburg lobt die intravenöse Hedonalnarkose 4—6 g Hedonal in 800 ccm Lösung. Rovsing-Kopenhagen bleibt dem Äther treu, den er nach

Digitized by Google

einer Morphiumeinspritzung aus einer Gaudaphil-Maske (einem billigen, durchsichtigen, auskochbaren Verbandstoff) einatmen läßt mit dem Höchstverbrauch von 75 ccm. Er bemerkt, daß Äther zuerst gegen Lungenleiden angewandt worden ist und daß die zu große Schleimproduktion durch Morphium eingeschränkt werden kann. Dasselbe erreicht Kümmell-Hamburg durch Skopolamininjektion; er tritt auch für den Äther ein, eventuell für die intravenöse Äthernarkose, da er die Chokwirkung der Lokalanästhesie fürchtet. Suter-Basel hat gute Erfolge mit Novokaindurchspritzung bei der Freyerschen Operation. Legueu-Paris macht Stickstoffoxydulnarkose bei Eingriffen an den oberen, Lokalanästhesie bei den Eingriffen an den tieferen Harnorganen. Colmers-Coburg macht die parasakrale Anästhesie mit einer kräftigen Dosis Pantopon bei Operationen an den tieferen Harnwegen, Um- und Durchspritzung in rhombischer Gestalt und Depot in Nierenfettkapsel bei Operationen an Nieren und Harnleiter. Nogués-Paris weist auf die Verschiedenheit der Sensibilität hin und die daraus zu ziehenden Forderungen für die Anästhesie. Während Lohnstein-Berlin die Alypinanästhesie für die unteren Harnwege empfiehlt, hat Necker-Wien bei 5 g 3%igen Alypins mehrfach unangenehme Nebenwirkungen gesehen, besonders bei Sphinkterkrampf. Perrier-Genf gibt eine kräftige Dosis Veronal abends, wenn er morgens mit Äther narkotisieren will. Rothschild-Berlin macht auf den günstigen Einfluß einer Novokainspritze an der Wurzel des Penis in Verbindung mit der Schleimhautanästhesie zur Vermeidung des Zerrungsschmerzes bei der Untersuchung mit Sonden und Zystoskopen aufmerksam.

Das Problem der **Nephrektomie bei Erkrankung beider Nieren** löst Legueu-Paris in drei Fragen auf: 1. Ist die zweite Niere an der gleichen Affektion erkrankt? Wenn ja, so wird unser Vorgehen bestimmt durch die Ergebnisse der Nephrektomie bei beiderseitiger gleichartiger Erkrankung, ein bei der Tuberkulose der Nieren am leichtesten festzustellendes Ergebnis. Die Entfernung der am stärksten erkrankten Niere hat einen glücklichen und unzweifelhaften Einfluß auf die Tuberkulose der zurückgelassenen Niere, eine für die Heilbarkeit der Nierentuberkulose sprechende Tatsache. Die Indikation zur Nephrektomie wird natürlich durch den mit allen Mitteln (Harnleiterkatheterismus, Röntgenbild, Ambardsche Konstante) zu erforschenden Funktionswert der übrigbleibenden Niere beeinflußt. 2. Ist die zweite Niere als Begleit- und Folgeerscheinung an einer Entzündung andersartiger Natur erkrankt? Wenn ja, so müssen die Resultate maßgebend sein, die wir bei beiderseitiger Nierenerkrankung verschiedener Natur erzielen. Meist handelt es sich um Nephritis haematurica und Nephritis mit Ödemen und Urämie infolge Undurchlässigkeit des Nierenfilters für die Stoffwechselschlacken. Diese Zustände sind zwar keine Kontraindikation der Operation, doch mahnen sie zur Vorsicht, besonders, wenn die verschiedenen Funktionsprüfungen der Nieren nicht zu einem bündigen Schlusse führen. 3. Wie hoch ist der funktionelle Wert der anderen Niere zu veranschlagen? Die Beantwortung dieser Frage gibt die Grenze der Nephrektomie an. Die Frage ist heikel, da zu viele Bedingungen mitsprechen. Alle Funktionsprüfungen der Nieren: Gehalt an Harnstoff, Chlorsalzen überhaupt und in zweistündigem Zeitraum, die Wasserausscheidung, der N-Gehalt des Blutes, die Ambardsche Konstante, die höchste Konzentrationsfähigkeit der zurückbleibenden Niere müssen zur Beantwortung herangezogen werden.

L. Casper-Berlin betont, daß für die Beschaffenheit der zweiten kranken Niere erst der von Casper und P. F. Richter eingeführte Ureterenkatheterismus mit der Prüfung der Nierenfunktion Aufklärung geschaffen hat, und zwar der Vergleich der Arbeit beider Nieren miteinander durch die Summe ihrer gleichzeitigen Ausscheidungsprodukte in einem gegebenen Zeitmaß. Krankheit und Funktion der Niere gehen nicht immer parallel. Casper unterscheidet bei der Prüfung mit Indikarmineinspritzung und

Digitized by Google

Phloridzininjektion drei Typen: a) gute Funktion: nach 5—8 Minuten Farbstoffentleerung, nach 18—25 Minuten Zuckerausscheidung und gute Anpassungsfähigkeit an Zufuhr oder Entziehung der Flüssigkeit; b) schlechte Funktion: keine Zuckerausscheidung, späte und ungenügende Farbstoffsekretion bei Nierenstarre, d. h. mangelnde Reaktion auf Flüssigkeitszufuhr und Entziehung gegenüber Diuretizis; c) mangelhafte Arbeit, aber ausreichend. Bei zweifelhaftem Ergebnis ist die Operation ein großes Wagnis. Eine Reservekraft der Niere bei höheren Anforderungen an das Organ kam nie zur Beobachtung. Bei Abflußhindernissen und sehr starker Verdünnung des Harnes kann Zucker- und Farbstoffreaktion ausbleiben oder vermindert sein, worauf zu achten ist.

F. Volhard-Heidelberg untersucht bei allen Nephrektomien die zurückbleibende Niere besonders sorgfältig auf ihre Reservekraft durch die von ihm und E. Joseph eingeführte Farbstoff-Indigkarminprobe, deren Ausfall eine ungefähre Vorstellung davon gibt, ob die Niere gegenüber festen Substanzen noch über einige Reservekraft verfügt; ferner durch den Verdünnungsversuch, d. h. durch die Kontrolle, ob reichliche Wasserzufuhr den Harn verdünnt; durch den Durstversuch, d. h. ob Wasserentziehung entsprechende Konzentration des Harns bewirkt. Sonst stimmt V. den anderen Referenten zu. Bei doppelseitigen Nierengeschwülsten und zystischer Entartung der Nieren rät er von jedem Eingriff ab.

Brongersma-Amsterdam legt großen Wert auf die klinische Beobachtung von Herz und Gefäßsystem, deren Analyse ebensoviel Wert hat wie die funktionelle Untersuchung. P. F. Richter-Berlin betont, daß alle Methoden der Prüfung der Nierenfunktion nur sekretorische Methoden (Epithel, Glomerus) seien, daß aber vielleicht die innere Sekretion dabei eine Rolle spielt. Die Bestimmung der Reservekraft der Niere durch den Einfluß der anderen Organe hofft er experimentell ergründen zu können, z. B. durch Injektion von Hypophysisextrakt, die die Nierengefäße erweitert, und hofft damit auf einen weiteren Fortschritt. Rovsing-Kopenhagen legt nur Wert auf positive Resultate bei der Nierenfunktion, negative Resultate können unberechtigterweise zur Untätigkeit nnd Unterlassung der Operation veranlassen, die retten könnte. Manchmal arbeitet die eine Niere nicht, weil die andere schwerer krank ist; ist das kranke Organ entfernt, so kommt es zu besserer Funktion. Die Harnstoffprobe ist die natürlichste Probe, der beiderseitige Explorativschnitt empfehlenswert. Kümmell-Hamburg kann wesentliche Differenzen in den verschiedenen Arten der Nierenfunktionsprüfung nicht erkennen und ist daneben der Blutkryoskopie treu geblieben, besonders bei Unmöglichkeit des Ureterenkatheterismus. Er hat 159mal bei beiderseitiger Erkrankung operiert. Es ist wunderbar, mit wie wenig Nierensubstanz der Mensch auskommen kann. Ekehorn-Upsala ist Anhänger der doppelseitigen Explorativoperation. Alessandri-Rom hat einen vor 7 Jahren nephrektomierten Fall jetzt nephrotomieren müssen und Heilung erzielt. Goetzl-Prag macht auf die Unregelmäßigkeiten der Farbstoffausscheidung aufmerksam. Perrier-Genf spricht über die Fälle, in denen man gezwungen ist, die Niere zu entfernen. Chevassu-Paris empfiehlt die Konstante Ambards, die mindestens die Möglichkeit der Operabilität kundgibt oder abweist. E. Joseph-Berlin zieht Vergleiche der Doppelseitigkeit der Nierentuberkulose mit der Doppelseitigkeit der Tuberkulose an anderen Organen. Delbet-Paris erörtert den Einfluß der kranken Niere auf das gesunde resp. relativ gesunde Organ. Bartrina-Barcelona empfiehlt die Konstante Ambards und die Tuberkulinkur bei Nierentuberkulose. Pousson-Bordeaux weist hin auf die Hypertrophie und Hyperplasie der gesunden resp. relativ gesunden Niere nach der Exstirpation des kranken Organs. Nicolich-Triest berichtet über gute Operationsresultate ohne vorherige Nierenfunktionsprüfung, wenn nur die Anwesenheit der anderen Niere nachgewiesen ist. Desnos-Paris macht auf das Wachstum der Funktion der

Digitized by Google

anderen Niere bei der so sehr langsamen Entwicklung der Tuberkulose in der Niere aufmerksam. Hogge-Lüttich verlangt zur sorgsamen wiederholten Vornahme der Nierenfunktionsprüfung einen längeren Aufenthalt in der Klinik. Michon-Paris rät bei bilateraler Nierentuberkulose gleicher Intensität nicht zu operieren, bei einer deutlich kränkeren Seite diese zu operieren; die Exklusion der Niere betrachtet er als eine Art Heilung und rührt nicht an sie. Heitz-Boyer-Paris erkennt die Notwendigkeit der Operation bei der Bazillurie der anderen Seite an, aber nie Exstirpation; nur Nephrotomie bei Steinen; möglichst konservatives Verfahren. Hock-Prag lobt die explorative Inzision beiderseits und drängt auf nicht zu konservatives Vorgehen. Lohnstein-Berlin verlangt die exakteste Ausführung der Funktionsprüfungen. Die zurückgebliebene Niere arbeitet nach Entfernung der kranken oft besser, als vorher beide Nieren. J. Israel-Berlin erhebt Einspruch gegen die Auffassung, daß die Beseitigung der schwerer erkrankten Niere eine Besserung des leichter erkrankten Organes bei Tuberkulose herbeiführe; dies widerspreche allen Erfahrungen, und wie solle die tuberkulöse Zystitis bei kranker Niere heilen? Roth-Berlin hebt nochmals die allgemeinen Gesichtspunkte bei den Nierenfunktionsprüfungen hervor und spricht über den reflektorischen Einfluß der kranken Niere auf die gesunde. Wossidlo-Berlin gibt seine Fernresultate bei Operationen bei beiderseitiger Erkrankung bekannt. Zondek-Berlin spricht über Steinerkrankungen beider Nieren. Freudenberg-Berlin empfiehlt den doppelseitigen Explorativschnitt. Bachrach-Wien: Die Nephrektomie bei beiderseitiger Nierentuberkulose ist nur dann vorzunehmen, wenn der Zustand des Patienten es dringend (Blutungen, hohes Fieber) erfordert. Beiderseitige Zystennieren können wegen Blutungen oder Nierensteinen Operation erfordern, aber nur bei Notfällen. v. Fedoroff-St. Petersburg steht vollständig auf dem Standpunkt Israels bei der beiderseitigen Tuberkulose in bezug auf die Operation. Wildbolz-Bern erachtet unsere heutigen Nierenfunktionsprüfungsmethoden für ausreichend und hat nur günstige Resultate auf Grund ihrer Ergebnisse erzielt; das eine Mal, wo er durch die Umstände gezwungen (Blutung) ihrem Resultat zuwiderhandelte, starb der Patient den Nierentod.

Unter **Bakteriurie** versteht Suter-Basel eine Infektion des Harns mit Bakterien ohne Zeichen entzündlicher Reaktion der Harnwege. Er unterscheidet autochthone und Ausscheidungsbakteriurien. Die ersteren entstehen primär oder sekundär im Anschluß an einen entzündlichen Prozeß der Harnwege. Aus der Bakteriurie kann sich wieder ein entzündlicher Prozeß entwickeln. Die gleichen Bakterien machen in einem Teil der Harnwege Bakteriurie, in einem anderen Entzündung. Die Bakterien gelangen in die Harnwege von außen nach innen, z. B. durch Instrumente, oder von innen nach außen, z. B. durch den Blut- oder Lymphstrom. Die Bakteriurie ist eine vesikale, oder eine vesikale und renale, oder stammt aus einem Herd in den männlichen Genitalien. Kolibakterien, andere Stabbakterien und Staphylokokken sind die bekanntesten Erreger. Prognosis quoad vitam bona, quoad sanationem dubia. Die das Hauptinteresse in Anspruch nehmende Tuberkelbazillurie bedeutet noch nicht eine Nierentuberkulose, braucht auch nicht zu derselben zu führen.

Biedl-Prag: Die Bakteriurie entsteht in der Mehrzahl der Fälle durch eine Einwanderung von Keimen aus der Urethra in die Blase, bei Frauen leichter als bei Männern, bei letzteren hauptsächlich experimentell und sekundär aus Bakterienherden in den Anhangsorganen der männlichen Harnröhre. Eine andere, viel seltener vorkommende Genese der Bakteriurie ist die intestinale, die Einwanderung von Keimen aus der normalen oder pathologischen Darmflora auf dem kurzen Wege, vielleicht auch durch kommunizierende Lymphbahnen in die Blase. Störungen der Darmtätigkeit, sowie Harnstauung begünstigen diesen Entstehungsmodus. Am seltensten wird

Digitized by Google

die Bakteriurie durch Keime bedingt, welche aus zirkumskripten Bakterienherden in entfernten Organen in die Blutbahn einbrechen oder von vornherein im Blute zirkulieren und dann durch die Niere zur Ausscheidung gebracht werden, wenn es auch als feststehend angesehen werden kann, daß im Blute kreisende Mikroorganismen ohne nachweisbare Gewebsläsionen der Niere durch den Harn eliminiert werden können. Diese renale Form der Bakteriurie ist nur insofern von praktischer Bedeutung, als sie eine sekundäre Infektion der Harnwege ermöglicht. Tuffier-Paris erzielte bei Bakteriurien hämatogenen Ursprungs mit Autovakzinen gute Erfolge, bei Bakteriurien exogenen Ursprungs ließen dieselben zu wünschen übrig. van Houtum verlangt genaue spezialistische Untersuchung der Fälle. Thompson-Walker-London gibt eine Übersicht über seine Fälle. Achard-Paris spricht über die Bakteriurie bei akuten fieberhaften Infektionskrankheiten. Th. Cohn-Königsberg hält die Bakteriurie für kein gut charakterisiertes Krankheitsbild, sondern für einen Folgezustand anderer Krankheiten; die Vakzinebehandlung zeitigte keine günstigen Resultate. Kielleuthner-München, Casper-Berlin sprechen zur tuberkulösen Bakteriurie.

Posner-Berlin will hier Beschränkung auf die eigentliche Ausscheidungsbakteriurie ohne entzündliche Erscheinungen haben, aber Lowin-Berlin, der bei einem durch zwölf Jahre mit Bakteriurie ohne von ihm nachgewiesene klinische Erscheinungen beobachteten Mann bei der Sektion eine tuberkulöse Kaverne in der einen Niere fand, und Rovsing-Kopenhagen halten dies für nicht angebracht; letzterer unterscheidet eine medizinische und eine chirurgische Nierentuberkulose, die die harmlose und andererseits die schwere deletäre Ausscheidung der Tuberkelbazillen aus der Niere erklären sollen; die Kolibazillurie ist wegen der Beweglichkeit des Bakteriums schwer heilbar. Lohnstein-Berlin würdigt den Einfluß der anatomischen Verhältnisse für die Entstehung der Bakteriurie besonders bei Frauen; ebenso der Prostatitis und der Masturbation bei Männern. Asch-Straßburg i. E. spricht über den Einfluß von in die Blutbahn gebrachten Bakterien und deren Stoffwechselprodukte auf die Nieren, Berg-Frankfurt a. M. zur Typhusbakteriurie, Hogge-Lüttich erörtert die Tuberkelbazillurie und die etwaige Operabilität mit Bakteriurie behafteter Kranker. E. R. W. Frank-Berlin hat Bakteriurien nach akuten fieberhaften Krankheiten: Influenza, Scharlach und Diphtherie, ferner bei lakunären Anginen gesehen, hält die Ausscheidungsbakteriurien für sekundär bei solchen Erkrankungen und weist auf die große Wichtigkeit kongenitaler und postinfektiöser entzündlicher Veränderungen der Harnwege hin. Die kongenitalen Verengerungen sind das Primäre und bieten den im Harn ausgeschiedenen Bakterien besonders günstige Haftpunkte. In allen von ihm beobachteten Fällen gelang Frank der urethroskopische Nachweis für diese Tatsache. Denn während bei allen übrigen infektiösen Erkrankungen der Harnwege diffuse Veränderungen der Schleimhaut, vorzüglich an den physiologisch engen Abschnitten und in der Umgebung der Lakunen, Krypten und Drüsen der Harnröhre nachweisbar sind, fanden sich in den von Frank beobachteten Fällen solche Veränderungen nur über den kongenitalen Strikturen, während die gesamte übrige Schleimhaut intakt war. Janet-Paris hält die Bakteriurie für eine Infektion mit abgeschwächten Bazillen. Perearnau-Barcelona ist der Meinung, daß die sorgsame Blasenentleerung öfters die Bakteriurie heilen kann. Freudenberg-Berlin bedauert die Verwirrung, die in dem Begriff der Bakteriurie herrscht, und tritt für eine schärfere Trennung der einzelnen Arten ein, bemerkt, daß klarer Harn bakterienhaltig sein kann und man nicht nur klaren, sondern bakterienfreien Harn bei der Therapie erzielen soll, um auch die durch etwaige Alkalinisierung des Harnes drohende Gefahr der Phosphaturie und der Phosphatsteine auszuschalten.

Wilms-Heidelberg referiert über den **Prostatakrebs.** 20% aller Vergrößerungen

Digitized by Google

der Prostata sind Karzinome, deshalb ist zeitige Operation angezeigt. Die Diagnose wird gestellt durch den Schmerz, den Tenesmus, den lokalen Druckschmerz der Drüse und der Samenblasen, der Härte, früher Erkrankung, höckerigen Beschaffenheit und häufig zapfenartigen Formung der Vesiculae seminales. Die radikale Operation soll perineal nach Young ausgeführt werden, eventuell die Steißbeinmethode. Die Aushülsung der Drüse allein ist ebenso wie die Dauerdränage vom Unterleib aus nur eine Hilfs-, keine Heiloperation. Radium und Röntgenstrahlen sollen nach Entfernung der Geschwulst zur Nachbehandlung verwandt werden, aber nicht in ungenügenden Dosen, die zum Wachstum reizen und nicht in zu starken Dosen, die verbrennen. Allgemeinbehandlung des Organismus, Chemotherapie, spezielle Behandlung mit Zellextrakten des Krebses zur Hervorrufung von Antikörperbildung lassen einen weiteren Fortschritt der Therapie erhoffen.

J. Verhoogen-Brüssel macht auf den verschiedenartigen Verlauf des Prostatakrebses aufmerksam; manchmal rasches Wachstum mit schnellem Tod, manchmal jahrelanges Bestehen des zweifellosen Krebses mit wenig charakteristischen Symptomen und deshalb zu später Diagnose für die Operation; dies erklärt das immer neue Suchen nach neuen Operationsmethoden und die unbefriedigende Statistik. Möglichste Frühdiagnose und Entfernung der Prostata mit der Kapsel perineal oder parasakral; ist letztere nach hinten durchbrochen, ist die Prognose trüber. Nur Männer in gutem Ernährungszustand und mit guter Nierenfunktion sollen operiert werden. Radium heilt zwar nicht, bessert aber manchmal und macht inoperable Tumoren vielleicht operabel. Versagt der Katheter zur Blasenentleerung und Schmerzlinderung, so muß man mit Zystostomie oder Darmdränage den Abfluß des Harnes sichern. Pasteau-Paris betont, daß die Behandlung von der frühzeitigen Diagnose abhängt, aber über die Zeichen des frühen Karzinoms ist man noch im Streit, wie auch die Frage der Therapie in der Evolution begriffen ist. Noch vor 12 Jahren war der Prostatakrebs ein Noli me tangere, heute wird die frühzeitige Operation und das Radium empfohlen. P. berichtet über einen seit 4 Jahren geheilten Fall. Radium vermindert die Zahl der Operationen. Proust-Paris verlangt eine Änderung der üblichen perinealen Technik dahin, daß man durch Freilegung der Samenblasen und Vasa deferentia die hintere Fläche der Prostata freilegt, diese Organe in die Wunde herunterklappt und so Gelegenheit hat, die Ureteren zu sehen und zwischen ihnen im Trigonum die Blase zu eröffnen und die Operation nach Albarran zu vollenden; das Verfahren der Freilegung der Ureteren ist schwierig, aber gibt größere Sicherheit für den Harnleiterschutz. Stromınger-Bukarest empfiehlt die Sectio alta, weil man perineale Knoten zurücklassen kann, und ist Freund der Rückenmarksanästhesie.

Wildbolz-Bern schont immer den Sphincter internus der Blase und öffnet die Denouvillersche Kapsel: je nach dem Befund schält er bei gutartigen Geschwülsten unter dieser Kapsel die Drüse aus, bei bösartigen Tumoren, die adhärieren an der Faszie, nimmt er alles fort mit den Samenblasen und vereinigt Blase mit Spitze der Pars prostatica urethrae. Das Verfahren ist nicht ganz radikal, schont aber den Sphinkter, hält die Patienten kontinent und hat keine schlechteren Resultate als die Radikaloperationen. E. Desnos-Paris ist trotz leidlicher Resultate mit Radium bei frühen Fällen Freund der Operation. Hottinger-Zürich bedauert, daß unter seinen Patienten die meisten so spät kommen, daß von einer Operation keine Rede sein kann; 13% seiner Hypertrophiefälle waren deutlich Karzinome, ein Fall ein sicherer Scirrhus prostatae, der jahrelang dauerte.

Heitz-Boyer-Paris berichtet einen nach Young operierten und seit 5 Jahren geheilt gebliebenen Fall von wahrem Krebs, dessen Kontinenz sich durch ein im Skrotal-

Digitized by Google

sack entstandenes Harnröhrendivertikel erklärte. Leguru-Paris hat erst bessere Resultate seit der Behandlung mit Radium, und zwar mit großen Dosen zu wiederholten Malen, endourethral, nach der Operation. Marion-Paris hat mit Radium nach der Zystotomie gute Resultate gesehen. Er unterscheidet Krebse, die sich in einer normalen Prostata entwickelt haben, und solche, die in einer hypertrophischen Drüse zur Entwicklung gelangten. In den primären Fällen operiert er perineal, vernäht aber nicht Blase mit Harnröhre, sondern macht zur Ableitung des Harnes die Sectio alta. Pousson-Bordeaux unterscheidet diffuse Formen der Erkrankung, die jenseits der Interventionsgrenze stehen, und zirkumskripte Formen, bei denen ein Eingriff möglich und empfehlenswert. Chevassu-Paris tritt für die völlige Radikaloperation nach Jules Boeckel ein; der Eingriff ist ein sehr schwerer. Freudenberg-Berlin hält die 20 % Krebs aller Hypertrophiefälle für übertrieben und empfiehlt den Dauerkatheter bei saurem Harn und den Bottini-Schnitt zur Erleichterung der Harnableitung bei inoperablen Fällen. J. Israel-Berlin schließt sich den Bedenken Freudenbergs in bezug auf die Karzinomstatistik an.

Die letzte Sitzung des Kongresses fand im Eppendorfer Krankenhause in Hamburg statt, wo Kümmell unter intravenöser Äthernarkose eine Nierenoperation ausführte und im Verein mit seinen Assistenten eine größere Anzahl von interessanten Fällen und wichtigen Untersuchungsmethoden demonstrierte. Besonders interessant war die Vorführung eines Tageslichtprojektionsapparates, sowie die Demonstration einer künstlichen Niere.

Aus der Praxis.

Erfahrungen mit dem Haarspiritus aus Euresol Knoll.

Von

Dr. Paul Jacob, Charlottenburg.

Wenn wir unter den Mitteln Umschau halten, die dem Arzte zur Behandlung des Haarausfalles zur Verfügung stehen, so werden wir finden, daß die Zahl wirklich bewährter Präparate eine verhältnismäßig geringe ist. Das ist wohl darauf zurückzuführen, daß wir bisher über das Wesen der Seborrhoe, welche bekanntlich die Hauptursache des Haarausfalles bildet, nur unvollkommen aufgeklärt sind. Wir sind also auf die Empirie angewiesen.

Die Haarpflege sollte von früher Jugend an betrieben werden. Nur dann wäre es möglich, den Haarwuchs voll zu erhalten. Der Beginn der Seborrhoe ist in den meisten Fällen unmerklich für den Patienten, und in vorgeschrittenen Stadien erfordert die Behandlung naturgemäß mehr Sorgfalt und vor allem auch mehr Zeit; die Patienten kommen auch meist erst zum Arzt, wenn sie über den drohenden Verlust ihres Haares erschrecken. Und nun soll dieser ein zuverlässiges Haarwasser von prompter Wirkung verordnen! Denn die vielen Reklamepräparate hat der Patient inzwischen schon als wertlos erkannt.

Ich habe nun mit dem Euresol sehr gute Erfahrungen gemacht und möchte nicht versäumen, im Interesse weiterer Kreise auf dieses Präparat aufmerksam zu machen. Euresol ist Resorzinmonoazetat und kommt zur Haarpflege parfümiert unter

Digitized by Google

dem Namen „Euresol pro capillis“ in den Handel. Es bildet eine bräunliche Flüssigkeit von angenehmem Geruch.

Das Euresol ist in seiner Wirkung dem Resorzin sehr ähnlich, die sich in der Kräftigung und Härtung der Epidermis sowie in der Verengerung der Gefäße geltend macht. Es dringt leicht in die Haut ein, und Reizerscheinungen von seiten der Haut oder anderer Organe werden bei Euresolgebrauch nicht beobachtet. Euresol kann auch bei hellblonden und weißen Haaren angewendet werden, ohne daß eine fuchsige Färbung auftritt, wie das bei Resorzin zu geschehen pflegt. Ein weiterer Vorzug des Euresols besteht in seiner unbegrenzten Anwendungsmöglichkeit. In den meisten Fällen ist der Euresolhaarspiritus, der rezeptmäßig zu verschreiben ist: Euresol. pro cap. 10,0, Spirit. 125,0, Aq. dest. ad 250,0, zur Behandlung der Kopfhaut am geeignetsten. Je nach Lage des einzelnen Falles kann dieser Vorschrift noch Sublimat, Tannin, Chinin, Salizylsäure usw. beigefügt werden. Ist die Kopfhaut sehr trocken und fettarm, so empfiehlt es sich, obiger Vorschrift ca. 2 % reines Paraffinöl zusetzen zu lassen, oder aber man verordnet das Euresol pro capill. als Haarpomade, z. B. Euresol pro capill. 5,0, Ungt. pomadin. alb. ad 50,0.

Die Tatsache, daß nach der Anwendung des Euresols bald die Haare nicht mehr ausfallen, die Schinnen verschwinden und das Jucken aufhört, gibt den Patienten sofort wieder belebende Hoffnung, so daß er auch die Kur einhält. Die Behandlung selbst muß regelmäßig und einige Monate hindurch fortgeführt werden. Darauf ist streng zu achten.

Ich lasse in der ersten Zeit das Mittel jeden zweiten Abend mit den Fingerspitzen oder einer kleinen weichen Bürste auf die Kopfhaut dünn auftragen. Der Haarspiritus trocknet sehr rasch ein. Beim Gebrauch der Pomade empfiehlt es sich, ein Tuch über den Kopf binden zu lassen, falls die Anwendung am Abend geschieht, um einem Beschmutzen der Wäsche vorzubeugen. Nach ungefähr vier Wochen genügt es, das Präparat zweimal wöchentlich zu gebrauchen.

Nebenbei empfiehlt es sich, eine Waschung der Kopfhaut mit Schwefelseife von Zeit zu Zeit vornehmen zu lassen, doch ist vor zu häufigem Gebrauch von Seife und Wasser zu warnen. Eine zweckmäßige Lebensweise, vor allem eine geregelte Verdauung, wird zur Unterstützung der Kur ohne Zweifel beitragen.

Versammlungen.

Vereinigung der Ärzte des Mjassnitski-Krankenhauses zu Moskau.

Sitzung vom 23. April (6. Mai) 1914.

Originalbericht von Artur Jordan-Moskau.

1. A. Jordan stellt einen Fall von **Lichen ruber acuminatus** vor. Die 30jährige Frau gibt an, seit dem Dezember krank zu sein und weist augenblicklich gruppenförmig angeordnete, gleichmäßige, teils weiße, teils rote, stecknadelkopfgroße, sich hart wie ein Reibeisen anfühlende Knötchen auf, die mit einer festhaftenden, dunkel gefärbten Hornmasse bedeckt sind. Der Sitz dieser Knötchen ist besonders stark auf dem Bauch und dem Kreuz; es finden sich aber derartige Knötchen auch auf der Brust, dem Rücken und vereinzelt auf den Beugeseiten der Arme, den Oberschenkeln und dem Nasenrücken. Die Schleimhäute sind nicht verändert. Die Submaxillar- und Inguinaldrüsen sind vergrößert. Subjektionsempfindungen fehlen. Deutlich ausgesprochener Dermographismus.

Digitized by Google

Das Allgemeinbefinden der Kranken ist, abgesehen von Anämie, ein gutes. Hb-Gehalt 79 %, rote Blutkörperchen 4770000, weiße 8250. Im Speziellen fanden sich polynukleäre neutrophile Blutkörperchen 52 %, eosinophile 2 %, mononukleäre große 20 %, kleine 16 %, Übergangsformen 6 %. WR negativ. Reaktion Pirquet negativ. Reaktion Alt-Tuberkulin Koch (5 mg) negativ.

Die histologische Untersuchung eines exstirpierten Hautstückchens ergab folgendes: eine deutliche Zunahme der Hornschicht, besonders entsprechend den Haarfollikeln, rundzellige Infiltration in der Papillarschicht.

2. A. Jordan gibt einen Beitrag **zur Statistik der in Moskau beobachteten Leprafälle.** Im Jahre 1904 berichtete Dr. Samgin über 40, in der Zeit von 1886 bis 1903, in Moskau beobachtete Fälle von Lepra, von denen 22 Moskowiter, resp. Personen aus dem Moskauer Gouvernement und 18 angereiste aus anderen Provinzen Rußlands betrafen. In der Zeit von 1903 bis zum 10. April 1914, hat Verfasser weitere 18 Fälle von Lepra gesammelt, die in Moskau zur Beobachtung kamen. Unter diesen 18 Personen handelte es sich in 11 Fällen um Männer, in 7 um Frauen, von denen 7 Personen aus Moskau, resp. dem Moskauer Gouvernement, 11 aus anderen Provinzen gebürtig waren. Von letzteren hatten sich aber 2 Personen jahrzehntelang vor der Erkrankung in Moskau aufgehalten, so daß diese zu den in Moskau Infizierten gerechnet werden müssen. In allen 18 Fällen gelang es nur in einem die Infektionsquelle genau zu bestimmen, in dem die Kranke angab, daß vor 10 Jahren der Mann, welcher auch in der Samginschen Statistik vorkommt, an Lepra erkrankt und vor 9 Jahren im Leprosorium gestorben sei. Damals hatte man auch die Kranke untersucht und für gesund befunden. Die übrigen 17 Fälle konnten nichts über die Ansteckungsquelle angeben, wenn man von 2 Fällen absieht, wo in dem einen Fall die Kranke behauptete, sich bei einer Nachbarin, welche angeblich einen ähnlichen Ausschlag gehabt hätte, angesteckt zu haben, während in dem anderen Falle der Mann der Kranken zugab, als Feldscher in Lepragegenden gewesen zu sein und von dort der Frau ein Tuch zum Geschenk mitgebracht zu haben. Von den nachgebliebenen 15 Fällen hatten aber 5 zeitweilig in lepraverdächtigen Gegenden, wie Rostow a. D., Kaspisches Meer, Livland, Stawropol gelebt, wo sie sich angesteckt haben konnten, während in 10 Fällen jeder Anhalt für die Ansteckungsmöglichkeit fehlte. Hinsichtlich der Beschäftigung handelte es sich in 4 Fällen um Fabrikarbeiter, in je 3 um Bediente, resp. um Landarbeiter, in 2 um Händler und in je einem Fall um einen Weinbauer, Gärtner, Fischer, Schuster, Metallgießer und Monteur. Aus der Beschäftigung lassen sich somit gar keine Schlüsse über die Art der Infektion ziehen, jedenfalls sprechen sie aber bei der geringen Anzahl der Fabrikarbeiter unter diesen Leprösen gegen die Samginsche Theorie. Letzterer nimmt für Moskau eine Ansteckung in den Fabriken durch Verarbeitung von Leprabazillen enthaltendem Rohmaterial an. Jordan leugnet nicht eine derartige Möglichkeit, hält sie aber für unwahrscheinlich und statt dessen für wahrscheinlicher, daß sich in Moskau, resp. dem Moskauer Gouvernement versteckte Lepraherde finden müssen, von denen die Ansteckung erfolgt. Weiter berichtet Verfasser, daß von den 18 Leprösen nur 7 sich bereit erklärten in das Leprosorium im Jamburgschen Kreise einzutreten, die übrigen Kranken, bis auf eine, welche starb, zu den Ihrigen zurückkehrten. Wenn auch die Angehörigen auf die Ansteckungsgefahr aufmerksam gemacht wurden, ist doch, bei der geringen Intelligenz derselben, kaum auf eine richtige Isolierung der Kranken zu hoffen. Ist freilich die Lepra nicht sehr ansteckend, so dürften doch zur Vorbeugung eines Umsichgreifens die Leprösen nur ausnahmsweise, nur dann, wo wirkliche Garantien für eine Isolierung geboten werden können, nach Hause entlassen werden.

Diskussion: Krassnoglasow stimmt der Annahme von versteckten Herden

Digitized by Google

nicht bei, da es sich bisher stets um vereinzelte Fälle gehandelt hat, und hält die Samginsche Hypothese der Übertragung durch Verarbeitung des nach Moskau auf die Tuchfabriken aus der lepradurchseuchten Buchara kommenden Rohmaterials für eher denkbar.

Jordan kann dem nicht beistimmen, weil unter den von ihm beschriebenen Fällen nur verhältnismäßig wenig Fabrikarbeiter waren.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Zentralblatt.

Bd. 17, Nr. 8, Mai 1914.

1. Offener Brief an den Herausgeber, von A. Neisser. N. verwahrt sich gegen die Bemerkung Breitensteins in Nr. 6, daß er Syphilis und Frambösie für dieselbe Krankheit halte. Er hat sich stets in der präzisesten Weise für eine vollständige Trennung der beiden Krankheiten ausgesprochen und den Beweis dafür durch Tierversuche erbracht, da er auf Java frambösiekranke Tiere mit Lues impfen konnte.

2. Über Pellidol und Azodolen bei der Behandlung der Ulcera cruris, von Franz Fischer-Düsseldorf. Das Pellidol macht keine schmerzhaften Reizerscheinungen, weder in der Wunde selbst, noch in der Umgebung, färbt absolut nicht und ist darum der Scharlachrotsalbe, besonders bei den oberflächlichen Ulzerationen vorzuziehen. Bei Geschwüren zweiten Grades wirkt es nur, wenn schon Granulationsbildung vorhanden ist. Die Applikation geschieht am besten in 2—5%iger Salbe.

Azodolen dagegen ist sehr schmerzhaft und ist nur als Adstringens, um Granulationen zu ziehen, bei Ulzera zweiten Grades am besten in Pulverform mit Pflasterverband zu gebrauchen; die Verbände dürfen nicht länger als vier Tage liegen bleiben.

3. Über Ichthyosis atypica, von Willy Cohn-Berlin. Der mitgeteilte Symptomenkomplex zeigte bei einem dreijährigen Mädchen eine in klinischer Hinsicht wohlcharakterisierte Abweichung vom gewöhnlichen Bilde der Ichthyosis, ein „Negativ der Ichthyosis, bei dem nur die sonst von Ichthyosis verschonten Partien erkrankt sind, während die gewöhnlich ichthyotisch affizierten Partien bei dieser ungewöhnlichen Form der Ichthyosis normal bleiben" — eine Erkrankungsform, wie sie Joseph bereits 1894 auf dem Dermatologenkongreß vorgestellt.

Abgesehen davon, daß die Erkrankung in ähnlicher Weise bei Mutter, Groß- und Urgroßmutter vorhanden sein soll, besteht ein (sehr häufig hereditäres) Keratoma palmare et plantare bei der Patientin. Diese Vergesellschaftung gibt einen neuen Beweis für die Richtigkeit der Ansicht, daß die Ichthyosis und das Keratoma einer einzigen Krankheitsgruppe angehören. W. Lehmann-Stettin.

The British Journal of Dermatology.

April 1914.

Ein Fall von rezidivierender Blaseneruption, von Knowsley Sibley. Der Fall betraf eine 63jährige Frau, welche seit etwa 30 Jahren an einer ständig rezidivierenden Blaseneruption an der Vorderseite beider Beine und seit 10 Jahren an einem ähnlichen Zustande an der hinteren Fläche des linken Armes, gerade über dem Ellenbogen, litt. Irgend welche andere Körperstellen waren nicht befallen. Der Zustand am rechten Bein hatte seinen Ursprung in einem Schlag, den Patientin am Schienbein durch den Schwanz eines großen Hundes erhalten hatte; es bildete sich eine Blase und

Digitized by Google

dann immer neue, welche von Zeit zu Zeit bluteten, so daß die Kleider völlig mit Blut durchtränkt waren. Vor dem Auftreten neuer Blasen war immer ein gut Teil Reizung der Haut und Unbehagen vorhanden und zwar in höherem Maße bei heißem Wetter. An der Vorderfläche beider Beine war die Haut zu mehr wie dem mittleren Drittel wie gescheckt, pigmentiert und mit zahlreichen oberflächlichen Narben (als Folge früherer zahlreicher Blasen) versehen und drei oder mehr frische Blasen von etwa 1 cm Durchmesser waren am rechten Bein vorhanden. Mikroskopische Untersuchung solch frischen Blasenmaterials ergab Verdickung der Hornschicht und ein wohl ausgesprochenes Stratum granulosum, Fehlen von Haarfollikeln, Schweißdrüsen oder Papillen; die Epidermis war rudimentär und unvollkommen entwickelt, leichtes Ödem der Dermis. Der Fall ließ an Epidermolysis bullosa denken, aber die Veränderungen waren während der frühen Lebensjahre nicht vorhanden, ebensowenig Anzeichen von Heredität oder von Finger- oder Fußnägelaffektionen. Eine harte hornige Wucherung, welche fest mit der Haut verwachsen war, eine Länge von etwa 2 cm hatte und durch einen Koagulationsprozeß ständiger seröser Exsudation aus einer der Blasen entstanden zu sein schien (an derselben Stelle, wo 2 Jahre vorher schon ein ähnliches Gebilde entfernt wurde), gab der Affektion ein ganz besonderes Gepräge.

Mai 1914.

Über zwei Fälle von Epithelioma adenoides cysticum (Brooke), Tricho-Epithelioma papulosum rodens (Jarisch), von E. G. Graham Little. Der erste dieser Fälle kam bei einem 68jährigen Arbeiter vor, welcher 3 Geschwülste im Gesicht, die etwa 7 Jahre zurückdatierten und wovon 2 intakt waren und die 3. eine seit 3 Jahren bestehende Ulzeration aufwies, trug. Die größte der Geschwülste saß auf der Stirne, etwa $2^1/_2$ cm oberhalb der linken Augenbraue, von bohnenförmiger Gestalt, 15 mm lang, 5 mm breit und ca. 4 mm über die umgebende Haut erhaben und frei verschieblich, von wachsartiger Durchsichtigkeit. Eine ähnliche, aber etwas kleinere Geschwulst saß an der rechten Seite der Nase gerade oberhalb des Nasenflügels und die ganze Nasenspitze war von einem Geschwürsherde befallen, welcher nach des Patienten Angabe früher ein ähnliches Aussehen hatte, wie die 2 anderen Tumoren. Der Tumor an der Stirne wurde exzidiert und die histologische Untersuchung ergab das Bild eines gutartigen Epithelioms vom Typus, wie es Brooke als Epithelioma adenoides cysticum beschrieben hat und wobei die Epitholnester in der Haut dicht von fibrösem Gewebe eingekapselt und eine epitheliale Bindegewebsinfiltration nicht vorhanden sind. Der zweite Fall betraf ebenfalls einen älteren (58jährigen) Mann, bei dem vor etwa 15 Jahren im Gesicht und am Körper die Geschwulstbildung begann, die einzelnen Tumoren nur kleiner und viel zahlreicher wie im vorhergehenden Falle, sonst aber den oben beschriebenen sehr ähnlich waren. Es waren kleine, harte, wachsartige Knoten, im Durchmesser von 3 bis höchstens 12 mm. Sie saßen symmetrisch an beiden äußeren Augenwinkeln und an den benachbarten Stellen der Stirne, an der Nase(-nbrücke) und beiden Seiten der Nasenflügeln und beiden Wangen. An den Ober- und Unterlidern waren beiderseits kleine Knötchen und Narben, so daß die Unterlider ektropioniert wurden. Hinter den Ohren, an der Oberlippe und am Kinn unter der Unterlippe waren zahlreiche ähnliche Gebilde und an letzterer Stelle außerdem noch eine tiefgehende rundliche Ulzeration (30 : 10 mm) mit knorpelhartem Rande und eine ähnliche Ulzeration, von 40 : 10 mm Ausdehnung, längs des unteren Randes des linken Kinnbackens vorhanden. Die über dem Adamsapfel, auf der Haut des linken Ober- und Vorderarmes, der Brust, des linken Schlüsselbeins und in der linken Achselhöhle sitzenden, festen Geschwulstbildungen waren etwas größer wie jene des Gesichts. Patient hatte früher in 14tägigen Zwischen-

Digitized by Google

räumen 6—7 Jahre lang Röntgenbestrahlung, außerdem Ätz- und Ausschabungsbehandlung, wovon zahlreiche Narben zurückgeblieben waren, durchgemacht. Das histologische Bild eines, vom linken Oberarm entnommenen, isolierten Tumors von 10 : 5 mm Durchmesser war ebenfalls das einer gutartigen Geschwulst ohne Zellinfiltration des Bindegewebes und mit Zystenbildung (aziniförmige Anordnung der von der Epidermis herabwachsenden Epithelzellen). Histologisch war hier die Ähnlichkeit mit Ulcus rodens eine ziemlich große, während das klinische Bild (Multiplizität der Tumoren und ausgesprochene Gutartigkeit derselben) eher dem Epithelioma adenoides Brookes glich; im erstbeschriebenen Falle war das Verhältnis ein umgekehrtes: klinisch mehr wie Ulcus rodens und histologisch wie Brookes Krankheit. Beide Fälle illustrieren trefflich die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Hautkrankheiten und geben der jüngsten Ansicht Adamsons manche Wahrscheinlichkeit, daß es sich bei beiden um den gleichen pathologischen Vorgang handelt. Die außerordentliche Schnelligkeit, mit welcher im ersten Falle die ältere, harte Form der Tumoren auf Kohlensäureschneeanwendung verschwand, kann dieselbe als wertvolles Behandlungsmittel gegen diese Form von Neubildung gelten lassen, ebenso wie sie es gegen eine andere epitheliale Geschwulst, die Warzen, ist.

Zur biologischen Stellung der Spirochäte und deren Entwicklung, von Mereowsky, Berichte von H. Semon. Bericht über die Arbeiten Mereowskys (Derm. W., 1914 und M. m. W., 1914, Nr. 11), wonach es sich infolge des Nachweises echter Verzweigungen (an Kultur- und Gewebsspirochäten) bei den Syphiliserregern zweifellos um wahre vegetabilische Gebilde und keineswegs um irgend welche Art von tierischen Kleinwesen (Protozoen) handeln kann.

Über den Proteinstoffwechsel bei Hautkrankheiten, eine Antwort auf Lethebys Tidys kritische Besprechung von Jay F. Schamberg, A. J. Ringer, G. W. Raiziss und J. A. Kolmer-Philadelphia. Antwort auf die Besprechung Tidys (in Nr. 14, S. 411 der Derm. W. d. J. referiert) der bereits früher in der Derm. W. veröffentlichten Arbeit der vier Verfasser. Sie erkennen zwar an, daß eine genaue quantitative Sammlung der Schuppen nicht möglich ist, erklären aber, sie in denkbar genauer Weise ausgeführt zu haben, indem sie außer der gewöhnlichen Sammlung auch den Zimmerkehricht aufbewahrt und dessen N-Gehalt untersucht und davon die Durchschnittsmenge N, die in dem Kehricht von nicht mit Psoriasis behafteten Personen gefunden wurde, abgezogen haben; es können also nur sehr geringe Mengen (N) sein, die der Untersuchung entgingen. Der ständige Entzug von N aus dem Körper in die Haut, wo er fixiert wird, verursacht allmählich (bei Psoriasis) die Verarmung des Körpers an Protein und ruft einen Zustand „spezifischen N-Hungers" hervor, der zuweilen ein ganz charakteristisches Symptom dieses Hautleidens bildet. Der zurückgehaltene Stickstoff lagert sich aber nicht nur in den Schuppen der Haut u. ä., sondern auch in den Körper-, speziell den Muskelzellen, welche ihres Proteins beraubt worden sind, ab — dadurch entsteht wieder ein positives Stickstoffgleichgewicht, ähnlich wie bei Patienten, die nach langer Krankheit rekonvaleszent sind. Auf weitere Einzelheiten der kritischen Entgegnung kann hier nicht eingegangen werden. Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Mai 1914.

Beobachtungen über Pityriasis rosea, von W. D. Owens. In einer Reihe von 30 Fällen dieser Hautkrankheit versuchte O. deren genauen Charakter, Verlauf und Ätiologie zu ergründen. Das Auftreten kleiner Flecken (Makulae) ist die erste Erschei-

Digitized by Google

nung des Leidens und zwar haben dieselben alle mögliche Formen, wie rund, oval, leicht erhaben, sind von dunkel- bis hellroter Farbe und mit trockenen, kleienartigen Schuppen bedeckt. Späterhin werden sie gefurcht und bilden dann seichte Gruben über der Oberfläche der Effloreszenz; diese Gruben stehen in entgegengesetzter Richtung zu der Längsachse des Körpers, was von differentialdiagnostischer Bedeutung sein kann. Mit der Weiterentwicklung der Makulae konfluieren sie zuweilen und bilden ringförmige Gebilde (annuläre, zirkinäre). O. fand im allgemeinen, daß die ersten Flecken am Bauch auftreten und sich von da über die Lendengegend, Oberschenkel usw. ausbreiten. Jucken war nur in 7 der Fälle vorhanden. Gleichzeitige Tonsillitis in 9 und in 3 weiteren Fällen akute katarrhalische Entzündung der oberen Luftwege sprachen für eine Art Allgemeinerkrankung, während Magendarmstörungen in keinem der Fälle beobachtet wurde. Relativ häufiger bei blonden (19), wie bei brünetten (11) Personen vorkommend, scheint das Hautleiden auch von der Jahreszeit etwas abzuhängen, häufiger in den Herbstmonaten (September bis November). In zahlreichen Untersuchungen der verschiedenen Stadien der Affektion wurde nach einem Pilz gefahndet, aber der Erfolg war stets ein negativer, weshalb O. der parasitären Ätiologie jede Berechtigung abspricht; vielleicht besteht zwischen Tonsillitis, Pityriasis rosea und der Einnahme fremdartiger Proteine ein gewisser Zusammenhang, so daß man es bei dem plötzlichen Ausbruch des Hautleidens mit einem anaphylaktischen Zustand zu tun hätte, womit auch die verschiedenen, von vielen Verfassern erwähnten Allgemeinstörungen übereinstimmen würden.

Pityriasis rosea: klinische Beobachtungen, von Harry E. Alderson. A. nennt Pityriasis rosea eine milde, oberflächliche, entzündliche Hautaffektion, welcher gelegentlich Allgemeinerscheinungen vorhergehen oder auch begleiten und welche durch das rasche Auftreten blaßroter, leicht erhabener, rundlicher Effloreszenzen (sogenannter Makulae), zuerst einzeln stehend, dann konfluierend, symmetrisch angeordnet, gewöhnlich an den bedeckten Körperstellen vorkommend, charakterisiert sind. Die klinische Diagnose ist nicht schwierig, wenn das Leiden voll entwickelt ist, immerhin gibt es Fälle, wo eine Verwechslung mit disseminiertem Ringwurm möglich ist. Was die Ursache betrifft, so ist zwar die parasitäre Theorie trotz aller bisheriger negativer Resultate nicht von der Hand zu weisen, aber ebenso viele Tatsachen sprechen dafür, daß sie durch irgend eine innere Störung entsteht. Verfasser untersuchte viele aus den verschiedenen Stadien der Krankheit gewonnene (Abschab-)Präparate (in Äther gewaschen und dann mit 10%iger wässeriger Kalilauge behandelt) auf Pilze, hatte aber stets negatives Resultat. In sämtlichen (11) genauer beschriebenen Fällen war irgend eine ausgesprochene ernste Schädigung des Nervensystems infolge geistiger Überarbeitung, körperlicher Übermüdung oder Ärger vorhanden, so daß A. mit Hyde beinahe übereinstimmt, der als Krankheitsursache eine Veränderung im Zustand der Hautnerven annimmt, und diese wiederum durch irgend eine Allgemeinstörung des Organismus bedingt ist.

In der folgenden Diskussion (auf der 37. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen, Washington, 6.—8. Mai 1913) erwähnt Ormsby, daß Patienten mit Pityriasis rosea zweifellos rascher auf milde antiparasitäre Salbenbehandlung zur Heilung kämen, als wenn man sie unbehandelt ließe, was doch wieder für die parasitäre Natur des Leidens spräche. Von irgend einer Art innerer Behandlung hat er keinerlei Einfluß auf dasselbe gesehen.

Pollitzer meint, der allgemeine Verlauf des Leidens, dessen rasche Entwicklung und rasches Verschwinden sprächen für irgend eine Störung allgemeiner Natur; bei dem mangelnden Nachweise eines lokalen Erregers sei anzunehmen, daß es sich bei Pityriasis rosea — einem wirklichen Exanthem, wie z. B. Masern — um eine mit Hauterscheinungen verbundene Allgemeinerkrankung handle.

Digitized by Google

Harding sah spezielle Erfolge von einer milden 3—4%igen Resorzinsalbe, besonders mit Zinkoxyd kombiniert.

Auch die folgenden Redner, George H. Fox, Hartzell, Pusey können sich nicht der parasitären Natur der Pityriasis rosea zuneigen, sondern halten sie vielmehr für die Folge einer Allgemeinerkrankung oder -infektion.

McEwen sah während des Monats April eine große Anzahl Fälle von Pityriasis rosea und glaubt daher, daß irgend eine Beziehung der Jahreszeiten zu ihrem Auftreten bestehe.

Deyer interessierte sich seit einer Reihe von Jahren für Pityriasis rosea und speziell deren Ätiologie, da er selbst zweimal während der letzten 15 Jahre davon befallen war und zwar beide Male nach dem Besuche eines türkischen Bades; dies führt ihn zu der Annahme einer parasitären Krankheit. Auch andere Fälle sah er in der Folge, wo kurz vorher ein türkisches oder anderes öffentliches Bad besucht worden ist. Seine Patienten waren gewöhnlich in 10—14 Tagen wiederhergestellt und zwar mit einem täglichen Schwefelbad, gefolgt von einer leichten, antiparasitären Salbe.

Tuberkulinbehandlung bei Hauttuberkulose, Tuberkuliden und verwandten Zuständen. Ein vorläufiger Bericht von George M. Mac Kee-New York. Verfasser berichtet hier über eine Anzahl von in den letzten 4 Jahren beobachteten Fällen, die ausschließlich mit Bazillenemulsion behandelt worden sind. Dieselbe wird in 1 ccm-Gläsern mit Gummipfropfen, der mit Wachs bedeckt ist, aufbewahrt, enthält eine geringe Menge Karbolsäure und ist so auf mehrere Monate vor Verderbnis geschützt. Da die erste Dosis außerordentlich klein und mit jeder Injektion langsam erhöht werden muß, ist eine Reihe von Auflösungen notwendig, wozu eine Mischung 0,85 Kochsalz und Acid. carbol. 0,5 auf 100,0 Aqu. dest. benutzt wurde. Die Injektionen werden alle 5—7 Tage gegeben und wiederholt, bis die Krankheit geheilt ist oder an der Injektionsstelle eine Reaktion bemerkt wird. Insgesamt wurden 52 Falle behandelt: 12 Lupus vulgaris, wovon 4 ulzerierende, welche in keiner Weise beeinflußt wurden, während von den 8 übrigen 6 geheilt und 1 gebessert wurden. Die Fälle von Tuberculosis verrucosa cutis (3) wurden gebessert, jene von Bazins Krankheit (8) bis auf einen geheilt; Skrofuloderma, tuberkulöse, eitrige Adenitis, papulo-nekrotisches Tuberkulid und Lupus erythematosus, ebenso wie der eine Fall von ulzerierender Schleimhauttuberkulose in keiner Weise beeinflußt. Die Erfolge sind also keineswegs sehr ermutigende, wenn auch während der Tuberkulinkur von jeder anderweitigen Lokal- oder Allgemeinbehandlung abgesehen wurde.

In der folgenden Diskussion (auf der 37. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen) hob Ormsby die Tatsache hervor, daß Lupus vulgaris bei nötiger Geduld und Ausdauer mit Tuberkulin meist zu heilen sei; Gilchrist, daß er an der Manchester Klinik (England) an einem Tage 30—40 Fälle von Lupus vulgaris gesehen hat, wovon eine Anzahl mit Tuberkulinsalbe mit teilweise gutem Erfolge behandelt worden sind. Was die Bazinsche Krankheit betrifft, so dürfte deren tuberkulöse Natur wohl erwiesen sein und es sollte hierbei die Tuberkulinsalbe häufiger angewandt werden; bei einem farbigen Mädchen hatte er damit in einem Falle guten Erfolg.

Ravogli hat vor Jahren Tuberkulin bei Lupus vulgaris angewandt: mit Erfolg in einigen Fällen, aber der Mißerfolg bei 2 Fällen ermutigte ihn nicht zur Fortsetzung dieser therapeutischen Versuche.

Fordyce erwähnt den Mißerfolg des Friedmannschen Mittels in einem viele Jahre alten Falle von Lupus vulgaris, wo außerdem noch an den Injektionsstellen hühnereigroße Abszesse auftraten. Bazins Krankheit kommt oft ohne jede weitere Behandlung durch einfache Bettruhe zur Heilung. Auch Pollitzer sah Fälle dieser Krankheit, die

Digitized by Google

in der von Mac Kee genannten Zeit von 7—8 Monaten ohne jede Behandlung spontan zurückgingen.

Mac Kee erklärte in seinem Schlußworte, sein vorläufiger Bericht sei nur unvollständig; es würde eine viel längere Zeit, wenigstens 5 Jahre, notwendig sein, um eine genügende Anzahl von Fällen zu wissenschaftlicher Verwertung benutzen zu können.

Stern-München.

Dermatologia.

(Russische Monatsschrift.)

1914, Bd. 3, Nr. 4.

1. Zur Frage der Pseudopelade von Brocq, von Lebedew. Die histologische Untersuchung eines in der Pawlowschen Klinik beobachteten Falles von Pseudopelade Brocq, welcher einen 41jährigen Mann betraf, ergab folgendes: Die Epithelschicht ist deutlich atrophisch, die Körnchenschicht fehlt fast überall, sowohl in den normalen als in den atrophischen Partien. Das Kollagen der papillaren wie der subpapillaren und der tiefen Schichten des Derma ist ödematös und weist eine Homogenisation und unregelmäßige Anordnung der Fasern auf. Das elastische Gewebe ist stark zerrissen, fehlt stellenweise, und die einzelnen Fasern desselben sind in Stückchen von verschiedener Länge und Dicke zerrissen. Die Bindegewebsschichten der Haarfollikel sind ödematös und mehr oder weniger mit Zellelementen infiltriert. Die Talgdrüsen sind durch die sie umgebenden Zellanhäufungen zerstört, die Schweißdrüsen weisen eine Proliferation des Epithels bis zu 4—5 Reihen auf. Die Nerven sind ein wenig ödematös; ebenso auch die Kapillargefäße. Die Zellen der herdförmigen Infiltration bestehen aus Lymphozyten, kleinen Polyblasten, Mast- und Plasmazellen, wie Zellen mit Pigmentanhäufungen, Chromatophorese.

2. Ein Fall eines Fremdkörpers in der Harnblase, von Ogloblin. Verfasser beschreibt einen Fall von Harnverhaltung infolge Einführung eines Federhalters in die Harnröhre zwecks Masturbation. Derselbe brach ab und glitt in die Tiefe. Aus Schamgefühl hatte der Patient selbst, in heroischer Weise, durch einen Einschnitt in die Darmgegend das abgebrochene Stück des Federhalters zu entfernen gesucht, was ihm natürlich nicht geglückt war. Prof. Zöge-Manteuffel-Dorpat entfernte den bis in die Blase vorgedrungenen Federhalter. Da sich aber bereits eine Gangrän des Skrotums eingestellt hatte, ging Patient ein.

3. Zur Behandlung der Syphilis mit intravenösen Injektionen von konzentrierten Neosalvarsanlösungen, von Lurje. Die in 32 Fällen ausgeführten intravenösen Injektionen konzentrierter Neosalvarsanlösungen überzeugten Verfasser, daß dieselben von keinen schädlichen Folgen für den Organismus sind und daß die Nebenwirkungen bedeutend geringer als bei Anwendung des Neosalvarsans in verdünnter Lösung sind. Der therapeutische Effekt steht nicht demjenigen der Infusion einer großen Flüssigkeitsmenge nach. Die Technik der Einspritzung der konzentrierten Lösungen ist einfach.

4. Zwei Fälle von Dermatitis infolge von Behandlung bei Kurpfuschern, von A. Jordan. Verfasser beschreibt erstens einen Fall von Dermatitis ambustiformis auf der oberen Partie des Rückens und den Oberarmen mit Bildung von Nekrose infolge von Einreibung einer von einer Kurpfuscherin gegen rheumatische Schmerzen erhaltenen Salbe bei gleichzeitigem innerem Gebrauch einer spirituösen Flüssigkeit. Die chemische Untersuchung des Urins wie auch der nekrotischen Hautstückchen ergab Vorhandensein von Hg. Unter indifferenter Behandlung trat eine langsame Vernarbung ein. Ferner berichtet Verfasser über einen Fall von Dermatitis circularis infolge von

Digitized by Google

Baunscheidtismus durch einen sog. „chinesischen Doktor“ wegen Lues tertiaria. Erst als sich überall an den baunscheidtierten Hautpartien des Rumpfes kreisförmig angeordnete, schmerzhafte Hautentzündungen entwickelt hatten, wandte sich die Kranke an die dermatologische Klinik der Moskauer Universität für Frauen. Die Dermatitis schwand unter indifferenter Behandlung, aber die tertiäre Lues hatte bereits, bei der fehlenden spezifischen Behandlung, zu schweren irreparablen Störungen, einen Defekt des weichen Gaumens geführt.

5. Zur Kasuistik der großen Steine des Harnkanals, von Farmakowski. In dem einen Fall fand Verfasser 2 Steine von je 70 und 15 g Gewicht, im anderen Fall entfernte er einen Stein von Taubeneigröße. In beiden Fällen hatten die Steine mehrere Jahre bestanden und verhältnismäßig geringe Beschwerden gemacht.

Arthur Jordan-Moskau.

Folia urologica.

Bd. 8, Nr. 9, April 1914.

1. Erfahrungen über Nierenchirurgie, von G. v. Illyés-Budapest. Die Fortsetzung der groß angelegten Monographie behandelt die Nierentuberkulose.

2. Schwerste spontane Hämaturie in einem Falle von Prostatahypertrophie, von Giorgio Nicolich-Triest. Kasuistik.

W. Lehmann-Stettin.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1914, Bd. 15, Heft 5.

1. Beitrag zur Bekämpfung der Blennorrhoe im japanischen Heere, speziell über die Wichtigkeit der Untersuchung der Tripperfäden, von Tatsuo Eguchi. Die Arbeit bringt das Resultat der Untersuchung im 17. jap. Inf.-Regiment. Beim Militär gibt es Mannschaften, welche nie über Trippererscheinungen klagen, aber trotzdem stark tripperfadenhaltig sind. Tripperfäden sind bei den Rekruten sogleich beim Eintritt in die Kaserne häufig (23 %), bei sogenannten alten Mannschaften, welche bereits ein Jahr in der Kaserne waren, seltener (13 %), bei Reservisten, welche ihre Dienstzeit schon beendet und nun aber wieder zu einer Übung einberufen wurden, gab es sehr viel (32 %). Die Rekruten hatten schon vor dem Eintritt in die Kaserne in ihrer Heimat die Krankheit akquiriert. Bei der alten Mannschaft hatte sich der Tripperfaden vermindert, bei den Reservisten wieder vermehrt. Dieser Zustand wird viele Gründe haben, aber ein Hauptgrund wird wohl der sein, daß beim Militär die Geschlechtshygiene vortrefflicher ist als in der Provinz. Gibt es auch der Tripperfadenträger viele, so sind trotzdem die Fäden sehr wenig gonokokkenhaltig. Was den Gonokokkengehalt des Trippers innerhalb eines Jahres betrifft, so war derselbe groß, bei 1—2 Jahren etwas geringer, bei 2—4 Jahren sehr spärlich, über 4 Jahre konnte Verfasser gar keine finden. Er ist der Meinung, daß es nicht nur für die Gesundheitspflege der Mannschaften sehr nützlich, sondern auch im Interesse der Humanität gelegen ist, wenn man die Tripperfadenträger von Zeit zu Zeit untersucht.

Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung, von W. Haberling. Das vierte Kapitel behandelt die zur Bekämpfung des Dirnenwesens im 16. Jahrhundert angewandten Mittel: Das Reitverbot der Dirnen in Frankreich, die Beschränkung der Zahl der Dirnen, allgemeine Verbote des Dirnenwesens in Deutschland, Frankreich, Belgien, Holland und endlich den Vorschlag Johanns von Nassau, statt der Weiber männliche Hilfskräfte anzustellen.

3. Index bibliographicus der sexualhygienischen Literatur VI, von Fritz Lohr-München.

Georg Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Annales des maladies vénériennes.

Bd. 9, Nr. 2, Febr. 1914.

1. Hereditäre Syphilis und infantile Enzephalopathien, von L. Barbonneix. Die bei Kindern zur Beobachtung gelangenden Enzephalopathien trennt Verfasser in solche mit Symptomen von seiten des motorischen Systems und in solche mit Intellektstörungen. Zu den ersteren rechnet er die Epilepsie und epileptiformen Konvulsionen, die spasmo-paralytischen und choreatischen Bewegungsstörungen; zu den letzteren die geistig zurückgebliebenen, imbezillen und idiotischen Kinder.

Nach den anatomischen Veränderungen unterscheidet er Meningoencephalitis chronica, Sclerosis cerebralis, Sclerosis tuberosa, Porenzephalie, Hydrozephalus und die zerebralen Mißbildungen: Hemizephalus, Mikrozephalus, zerebrale Hernien usw.

Nicht nur gleichzeitig bestehende hereditär-syphilitische Stigmata und positiver Wassermann, sondern auch die Erfolge der Therapie zeigen in einer großen Anzahl der beobachteten und in der Literatur mitgeteilten Fälle den ursächlichen Zusammenhang.

2. Chronische Aortitis und erworbene Syphilis, von Gaucher und Brin. Aus der Literatur und 10 eigenen Beobachtungen ergibt sich, daß das männliche Geschlecht weit häufiger Zeichen einer syphilitischen Aortenerkrankung bietet als das weibliche, was sich am leichtesten durch den Alkohol- und Tabakmißbrauch erklärt, die wohl ohne Zweifel den Boden vorbereiten. Das Auftreten von Symptomen von seiten der Aorta ist schon 3 Jahre nach der Infektion beobachtet worden, während in anderen Fällen bis zu 33 Jahren dazwischen lagen. Die häufigsten Symptome sind Schmerzen und Dyspnoe, Husten und Schwindelanfälle; die Intensität ist außerordentlich verschieden, der Beginn meist ganz langsam und unmerklich. Perkutorisch und röntgenologisch sind Veränderungen nachweisbar, wenn die Aorta erheblich verbreitert ist; auskultatorisch können systolische und diastolische Geräusche, Veränderungen des ersten oder zweiten Aortentons vorkommen, doch meist nur dann, wenn die Aortenklappen beteiligt sind. Wirkliche Heilungen sind bei dem Charakter der anatomischen Läsionen so gut wie ausgeschlossen, Besserungen sind aber nach spezifischer Behandlung so konstant und oft so bedeutend, daß man sich in keinem Falle mit symptomatischen Mitteln begnügen, sondern nach der syphilitischen Ätiologie forschen und dementsprechend vorgehen sollte.

3. Schanker des oberen Augenlides, von Jean Bobrie-de la Rochelle. Der Fall ist dadurch von Interesse, daß der Patient, ein 54jähriger Landmann, sich bei einem extramatrimoniellen Beischlaf wahrscheinlich selbst mit dem Finger eine noch nicht verheilte, vom Horn einer Kuh herrührende Verletzung am Augenlid infiziert hat.

4. Schankriformes Gumma des Corpus cavernosum, von Georges Lemos-Smyrna. Verfasser spricht die beschriebene Veränderung als Gumma an, weil anamnestisch eine 10 Jahre vorher stattgehabte luetische Infektion zugegeben wird, weil die basale Induration und die typische inguinale Drüsenschwellung fehlte und keine Sekundärerscheinungen in der zu erwartenden Zeit folgten.

Bd. 9, Nr. 3, März 1914.

Die Arbortivbehandlung der Syphilis mittels Salvarsan, von F. P. Guiard-Paris. Verfasser berichtet 10 eigene, sehr günstige Fälle, die er als Abortivheilungen anspricht, und polemisiert gegen die pessimistische Anschauung von Lévy-Bing, dessen kürzlich berichteten negativen Fälle seiner Meinung nach absolut ungenügend behandelt worden sind.

Verfasser berichtet über die guten Resultate, die auch noch bei Spätsyphilis mit Salvarsan erreicht wurden und geht näher auf die unangenehmen Zufälle ein, die er in

Digitized by Google

der größten Mehrzahl der Fälle für vermeidbar hält (eventuell durch die Milianschen Adrenalininjektionen). Auch die leichte Zersetzlichkeit des Neosalvarsans scheint die Ursache mancher Unfälle, weshalb er fast ausschließlich mit Altsalvarsan arbeitet.

Bd. 9, Nr. 4, April 1914.

1. Neosalvarsan und destilliertes Wasser, von A. Richaud-Paris und Gastaldi-Beausoleil. Verfasser weisen auf Grund einer Reihe eingehender Untersuchungen die Vermutung Sicards zurück, daß gewisse zur Destillierung benutzte Gläser Blei abgeben, das dann für gewisse unangenehme Zufälle verantwortlich zu machen sei.

2. Zwei Fälle von subokzipitaler syphilitischer Wirbelerkrankung, von Gaucher und Bory. In beiden Fällen handelte es sich um Frauen, die 7 resp. 8 Jahre nach einer ungenügend behandelten Infektion an einer schmerzlosen, langsam zunehmenden Schwellung der Halswirbel erkrankten, die für eine Pottsche Krankheit gehalten werden konnten, aber unter spezifischer Behandlung ziemlich prompt zur Heilung oder wenigstens Besserung kamen; im zweiten Falle war es durch die Veränderungen am Wirbel zu einer Luxation des Atlas gekommen.

3. Einige praktische Erwägungen zur Serumtherapie der Blennorrhoe, von Giacomo Devine-Neapel. Die bei 10 mitgeteilten Fällen erreichten Resultate weichen nicht von denen anderer Verfasser ab: gute Erfolge bei Komplikationen, besonders Arthritis, Epididymitis und Prostatitis, zweifelhafte bei unkomplizierter Harnröhrenerkrankung.

4. Klinische Erfolge mit der Trippervakzine von Nicolle und Blaisot, von André Weil. Die Krankengeschichten von 10 Fällen, in denen es sich fast ausschließlich um unkomplizierte Erkrankungen handelte, werden ausführlich mitgeteilt; die intramuskulären Injektionen wurden im allgemeinen gut vertragen, eine Abkürzung des Heilverlaufes wurde nicht erzielt.

5. Zwei Fälle von extragenitalem Schanker, von Payenneville-Rouen. Schanker am Naseneingang bei einer 45jährigen Frau; periungualer Fingerschanker bei einem Hüttenmeister.

Bd. 9, Nr. 5, Mai 1914.

1. Angina pectoris syphilitica, von Gaucher und Cesbron. Verfasser unterscheiden zwei Arten von Angina pectoris, eine solche hervorgerufen durch eine Verengerung der Koronararterien, und eine andere Form, bedingt durch eine Neuritis oder Neuralgie des Plexus cardiacus. Der vorliegende Artikel beschäftigt sich nur mit der ersten Form, die immer oder fast immer syphilitischen Ursprungs ist. An der Hand eigener Beobachtungen wird gezeigt, daß in jedem Falle Syphilis nachweisbar und die Einwirkung von Quecksilber und Jod eine gute ist.

2. Keratodermia plantaris syphilitica, von Am. Coyon und R. Burnier. Die keratotischen, durch Abbildungen belegten Veränderungen fanden sich nur am linken Fuße (bei einer 53jährigen Frau) und besserten sich langsam unter kombinierter Jod-Hg-Behandlung.

Es ließ sich nicht entscheiden, ob die Veränderungen von einer hereditären oder akquirierten Syphilis herstammten, da die Frau sowohl eine syphilitische Anamnese als auch Stigmata einer Heredosyphilis hatte.

3. Nephritis und Cystitis haemorrhagica nach Neosalvarsan, von A. Nanta-Toulouse. Unter 740 Kranken ist 5mal eine hämorrhagische Nephritis aufgetreten, 3mal nach Altsalvarsan, 2mal nach Neosalvarsan. Die beiden letzteren Fälle, die einen 37jährigen Elektriker und ein 27jähriges Mädchen betrafen, werden genau mitgeteilt.

Digitized by Google

4. Perniziöse Anämie und Syphilis, von NATHAN. Bei einer 40jährigen Frau waren nach der Operation eines Uterusfibroms Magen- und Darmblutungen aufgetreten, die Frau kam sehr schnell herunter und magerte ganz außerordentlich ab; die Untersuchung des Blutes ergab Veränderungen, wie sie sich bei perniziöser Anämie finden. Auf Grund eines positiven WASSERMANNS wurde in extremis 0,3 Salvarsan gegeben, das den Exitus nicht mehr aufhalten konnte.

5. Keloid und Syphilis, von GOUGEROT. Bei einem 31jährigen Arbeiter fand sich in der Kniekehle eine syphilitische Ulzeration auf keloidartig veränderter Umgebung — angeblich herrührend von phlegmonöser, in ihrer Ätiologie nicht mehr eruierbarer Affektion.

W. Lehmann-Stettin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Die Bedeutung des Urins für die Therapie gewisser Hautkrankheiten, von L. DUNCAN BULKLEY-New York. (M. Press. a. Circ., 10. Dezember 1913.) Der Urin ist der vollendetste Indikator für die Stoffwechselvorgänge im Organismus; seine wiederholt vorgenommene und vollständige volumetrische Analyse ist daher für die Therapie vieler Hautkrankheiten von Wichtigkeit. Die Erfahrungen von BULKLEY stützen sich auf annähernd 3000 in seinem Laboratorium ausgeführte Urinanalysen. Die Tagesmengen hat Verfasser bei Lichen planus, schwerer Psoriasis und anderen Hauterkrankungen oft von Tag zu Tag beträchtlich wechselnd gefunden. Bei Ekzem, Psoriasis, Akne, Lichen planus, vielen bullösen Eruptionen treten häufig Abweichungen vom sonst üblichen spezifischen Gewicht auf. Bedeutend können auch die Schwankungen der volumetrisch nachzuweisenden Azidität sein. Beträchtlicher Säureüberschuß wird häufig beobachtet bei Ekzem, Lichen planus, Psoriasis, Akne. Alkalinität kann jedoch auch eine ätiologische Bedeutung haben. Besonderes Interesse bietet der Gehalt des Urins an Harnstoff, der bei vollkommener Gesundheit und gemischter Diät 2 % betragen soll. Bei gewissen Hautkrankheiten jedoch findet man große Schwankungen im Harnstoffgehalt, der das zwei- bis dreifache des normalen Betrages ausmachen, aber auch gänzlich fehlen kann. Bei Dermatitis herpetiformis findet man nicht selten einen Schub der Erkrankung nach einer Periode verminderter Harnstoffausscheidung. Von Bedeutung sind auch die Ausscheidungsverhältnisse der Harnsäure. Die ätiologische Bedeutung einer vermehrten Indikanausscheidung ist noch nicht sicher festgestellt, sie wird jedoch immer mehrmals Indikator für abnorme Zersetzungsvorgänge im Tractus intestinalis anerkannt, und es ist von Bedeutung, daß sie häufig in Verbindung mit Ausbrüchen von Ekzem, Urtikaria, und anderen Hauterkrankungen auftritt, die durch auf den Indikangehalt bezügliche diätetische Maßnahmen beseitigt werden. Der Gehalt des Urins an Sulfaten liefert ebenfalls häufig brauchbare Anzeichen für den Proteinstoffwechsel. Beträgt der normale Gehalt hieran 1 %, so findet man ihn bei Hauterkrankungen, besonders bei Psoriasis, häufig erhöht auf 2, 4, 6 und selbst auf 22 %. Dieser Befund deutet auf eine übermäßige Zufuhr von Stickstoff oder auf dessen fehlerhafte Assimilation. Ein großer Überschuß an Chloriden deutet auf eine übermäßige Ernährung, während eine starke Verminderung auf ungenügende Ernährung hinweist. Der Gehalt an Phosphaten ist schon bei normalen Personen großen Schwankungen unterworfen; die Untersuchungsresultate müssen daher sorgfältig abgewogen werden. Ständig vermehrte Ausscheidung von Phosphaten deutet auf Störungen des Nervensystems, die von

Digitized by Google

großer Bedeutung für einige Dermatosen sein können; eine dauernd verminderte Ausscheidung läßt Ernährungsstörungen vermuten, die für die Haut von Wichtigkeit sein können. Von Bedeutung kann auch der Nachweis von einigen anderen, seltener im Harn vorkommenden Stoffen, wie Kreatinin, Skatol, Azeton, β-Oxybuttersäure usw. sein. Die dauernd starke Vermehrung von Oxalaten läßt eine ungenügende Oxydation vermuten, die für gewisse Hauterkrankungen wichtig sein kann. So indiziert die Oxalurie bei akutem Lichen planus und bei Pruritus ani die Verabreichung von Acidum nitricum.

Die Dermatologen sollten bei weitem mehr als bisher ihre Aufmerksamkeit dem Zusammenhang von Stoffwechselstörungen und Hautkrankheiten zuwenden.

Fendt-Wiesbaden.

Experimentelle Untersuchungen über die Beeinflussung des Bakteriengehaltes der Haut durch dermatologische Behandlungsprozeduren, von S. Hidaca aus Japan in Breslau. (M. Kl., 1912, Nr. 34.) Die vorliegende Arbeit ist eine Fortsetzung einer früheren Arbeit über denselben Gegenstand (M. Kl., 1911, Nr. 44), und da dieselbe aus äußeren Gründen vorzeitig abgebrochen werden mußte, quasi nur eine vorläufige Mitteilung der bisherigen Resultate. Die Untersuchungen erforderten viel Mühe und Zeit, da der Verfasser nicht nur bei jedem Versuche drei verschiedene Hautstellen gleichzeitig untersuchen mußte, sondern jeden Versuch mit jedem Medikament und in jeder Anwendungsform mindestens 6—8mal zur Kontrolle wiederholen mußte. Der Verfasser untersuchte die antibakterielle Wirkung von: Ol. rusc., Acid. pyrogall., Resorzin, Acid. salicyl., Chrysarobin, Ichthyol., Sulf. praecip., Tumenol, Sulfoform, und zwar jedes Mittel, so weit es möglich war, in Form von Salben (Vaseline, Adeps suill. und Lanolin als Grundlagen). Trockenpinselungen (Zinc. oxyd., Talc. venet., Glyzerin, Aqu. dest. aa) in spirituöser (mit 70%igem Spiritus) und öliger (Ol. oliv.) Lösung. Die Zahlen der gefundenen Werte der Keimverminderung können wir hier nicht wiedergeben. Es hatten Ol. rusc., Pyrogall.-Säure und Ichthyol die größte antibakterielle Wirkung, und zwar war dieselbe durchschnittlich in Form von spirituösen Lösungen und Trockenpinselungen beträchtlich größer als in Form von Salben und öligen Lösungen. Recht auffallend ist dieser Gegensatz besonders beim Ichthyol, das in Trockenpinselung sich 10mal stärker antibakteriell erwies als in Salbenform. Auch beim Ol. rusc., Pyrogall.-Säure, Schwefel und Tumenol ist dieselbe Erscheinung zu beobachten. Auffallend ist die geringe antibakterielle Wirkung des Chrysarobin. Lasch-Breslau.

Bakterienfunde in hämatogenen Hautentzündungen, von L. Török-Budapest. (Bör-es Bujakortan, Beiblatt der Budapesti Orvosi Ujsag, 1913, Nr. 2.) In zwei Fällen von hämatogener Hautentzündung ließ Török bakteriologische Untersuchungen vornehmen, in beiden Fällen mit positivem Erfolge. In einem Falle von typischem Erythema nodosum fand sich ein sehr kleinkörniger Kokkus, ab und zu in kleinen Gruppen stehend, aber dabei kurze, auch aus 4—5 Körnchen bestehende Ketten bildend; er entwickelte sich bei 37° in Bouillon. Die Weiterzüchtung auf anderem Boden ist nicht gelungen. Der zweite Fall zwang den Verfasser zur Annahme einer septischen Infektion. In diesem Falle entwickelte sich in Bouillon aus dem Blute der Sammelader ein aus kleineren Körnern bestehender, kurze Ketten bildender Streptokokkus, dessen Weiterzüchtung ebenfalls nicht gelungen ist. Der zweite Fall wurde in Verfassers Abwesenheit von dessen Assistenten als Lupus erythematosus disseminatus acutus (exanthematicus) diagnostiziert. Charakteristische Eigenschaften dafür waren: Die große Zahl der entzündeten Herde, Atrophiemangel bei den meisten Herden und der schwere Verlauf. Die Herde waren zumeist im Gesichte, auf dem Halse und auf den Gliedmaßen lokalisiert. Auf dem Gesichte entwickelte sich oft eine erysipelasartige Gedunsenheit, die lange bestehen blieb (Pseudoerysipelas, Erythema perstans). Neben ihnen stellen sich schwere all-

Digitized by Google

gemeine Symptome ein, als hohes Fieber, Gelenksleiden, Nierenentzündung, Lungenentzündung, Endokarditis und lokaler Ausgang. 1. 16jähriges Dienstmädchen. Diagnose: Erythema nodosum (Vorangehende Halsschmerzen, Anämie, Temperatur vormittags 11 Uhr 38,2° C). 2. 15jährige Krämerstochter. Ausschlag seit 5—6 Monaten. Er fing auf dem Gesichte an, verbreitete sich dann über den Rumpf, später auch auf die oberen und unteren Gliedmaßen. Temperatur 39,8—40,2. Urin mit wenig Eiweiß und Eiter. Porosz-Budapest.

Die Empfindlichkeit der Haut gegen Berührung mit Atoxyllösung, von Wittrock. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., Bd. 18, H. 5.) Dem Verfasser fiel es auf, daß ein bläschenförmiger Ausschlag an dem linken Zeige-, Mittel- und Ringfinger jedesmal etwa 12—20 Stunden nach der Zeit auftrat, wo eine größere Anzahl Schlafkranker mit Atoxylinjektionen von ihm behandelt worden waren. Das Überfließen der Injektionsflüssigkeit über die drei Finger war die Ursache der Bläscheneruption. Später, als die Berührung mit Atoxyl aufhörte, verschwand auch der Bläschenausschlag.

Hautkrankheiten und Auge, von Erdmann. (Ärztl. Korr.-Bl. f. Niedersachsen, 1913, Nr. 23.) Nach Erwähnung einer Reihe von Liderkrankungen (Chalazion, Trichiasis, Distichiasis, Lidvakzinola, Molluscum contagiosum) und ihrer ursächlichen Beziehung zu hartnäckigen Konjunktivitiden lenkt E. die Aufmerksamkeit auf die von ihm als Rosazea-Keratitis bezeichnete hartnäckige und ernste Hornhauterkrankung. Sie tritt im Gefolge der Rosacea als selbständige koordinierte Affektion am Auge auf.

E. glaubt auf Grund mehrerer Fälle, daß zwischen Chorioiditis bzw. Iritis und Vitiligo die Möglichkeit eines inneren Zusammenhanges besteht.

Eugen Brinitzer-Altona.

Über das Schicksal des homöoplastisch transplantierten Hautlappens beim Menschen, von T. Oshima-Jena. (Arch. f. klin. Chir., 1914, Bd. 103, H. 2.) Die gegensätzlichen Anschauungen über die Heilungsvorgänge der homöoplastisch transplantierten menschlichen Haut veranlaßten den Verfasser in eine nähere Prüfung dieser Heilungsvorgänge einzutreten, eine Klarheit zu gewinnen, ob wirklich eine Dauerheilung zustande kommt oder nicht. Bei der makroskopischen Verfolgung des Verlaufes etwa bis zum 16. Tage nach der Transplantation erscheint die Tatsache auffällig, daß der Hautlappen bis zum Ende der zweiten Woche ein nahezu normales Aussehen zeigt und mit der umgebenden Haut tadellos verwächst. In schroffem Gegensatze zu diesen klinischen Befunden standen die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchungen. Hier sah man schon am 9. Tage starke Degenerationserscheinungen. Die Wurzelscheiden des Haares zeigten starke Atrophie, ihre Kerne nahmen keine Färbung mehr an. Die Talgdrüsen zeigten hochgradige Schrumpfung. Ebenso schwand der bindegewebige Teil. Die glatten Muskelfasern waren am 9. Tage nicht mehr zu sehen. Am 28. Tage war die Epitheldecke abgefallen, die Kutis infiltriert und kein Gefäß mehr vorhanden. Die Drüsengebilde waren verschwunden. Die homöoplastische Transplantation menschlicher Haut verspricht keine Erfolge. Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Bei Bedeutung der Ernährungstherapie in der Dermatologie, von Martin Friedländer. (D. Ärzte-Ztg., 1913, Nr. 4.) Die Ernährungstherapie erfährt in der Dermatologie und Venerologie noch nicht ihre gebührende Würdigung. Verfasser empfiehlt bei Urtikaria, Prurigo, Exsudation, Ekzemen fettarme Kost, am besten Kufeke-Wassersuppe. Nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen hat sich ihm

Digitized by Google

diese Diät bewährt. Auch bei chronischer Nephritis, in der Ernährung fiebernder Kranker bei syphilitischen und follikulären Halsentzündungen leistet sie gute Dienste.

Valentiner-Leipzig.

Ärztliche Kosmetik der Haut, von Kromayer-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 41.) Verfasser bespricht in dieser Nummer die Anomalien der Talgdrüsen: Akne vulgaris, Milium, Lichen pilaris. Außer den bekannten therapeutischen Maßnahmen ist besonders erwähnenswert die Lichtschälkur bei Komedonen, bei der ausgebildeten Akne die narbenlose Eröffnung der Abszesse durch kleine Stanzmesser, bei der Akne superficialis. Die Lichtbehandlung, bei der Akne profunda dagegen die Röntgenbestrahlung, die aber zur vollständigen Beseitigung des Ausschlages mit anderen Methoden kombiniert werden muß. Bei Milium empfiehlt sich ebenfalls die Anwendung eines kleinen Stanzmessers zur Schaffung einer winzigen Hautöffnung, um hierdurch das Milium auszuquetschen. Bei Lichen pilaris ist nur die Röntgenbehandlung imstande, Heilung zu schaffen. Es bedarf indessen dazu ziemlich großer Röntgendosen (2—2¹/₂ Erythemdosen in einem Zeitraum von 10—14 Tagen auf 6—8 Sitzungen fraktioniert), die natürlich nicht absolut harmlos sind.

Georg Heymann-Elbing.

Beitrag zur Therapie der Hautkrankheiten internen Ursprungs, von Karl Rühl-Turin. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 23 u. 24.) Verfasser behandelt zunächst die hauptsächlichsten der auf Verdauungsstörungen beruhenden Dermatosen, wie Urtikaria, Pruritus, Strophulus infantum, Akne vulgaris und Ekzeme.

Der Hauptzweck der Abhandlung ist aber jedenfalls der, daß Verfasser an mehreren Beispielen das „Aperitol" als ein ideales, völlig zuverlässig und schmerzlos wirkendes Abführmittel empfiehlt, das von allen üblen Nebenwirkungen völlig frei ist.

Anderen Präparaten, wie Purgen und „Tamar Indien Grillon", schreibt Verfasser giftige Nebenwirkungen, Erbrechen, Kolik, Schwäche und starke Diarrhöen zu.

Franzius-Dresden.

Empirie in der dermatologischen Therapie, von M. L. Ravitsch-Louisville, Ky. (J. am. med. Ass., 26. Juli 1913.) Verfasser wendet sich mit scharfen Worten gegen die Kritiklosigkeit, mit der die Erzeugnisse der chemisch-pharmazeutischen Fabriken vom ärztlichen Publikum aufgenommen werden. Die Dermatologen im besonderen sind zur kritiklosen Annahme neuer Arzneimittel geneigt, weil sie sowohl bei äußerlich als auch innerlich anzuwendenden Mitteln nicht genügend mit deren physiologischer Wirkung vertraut sind. Die Empirie steht daher in hoher Blüte, ein Umstand, der noch besonders begreiflich erscheint durch die Tatsache, daß wir über die Ätiologie der Mehrzahl der am häufigsten vorkommenden Hautkrankheiten recht wenig wissen. Zur Beseitigung dieser üppig wuchernden Empirie schlägt Verfasser die Einrichtung einer Abteilung für Arzneimittel im Journal of Cutaneous Diseases vor, deren Motto lauten soll: „Nur Tatsachen". Zur Ausrottung der Mißstände bedürften wir einiger Männer, wie Pasteur, Koch, Ehrlich und Metschnikoff; dann würde die Empirie in der Medizin verschwinden, und wissenschaftliche Tatsachen würden unsere Führer sein.

Fendt-Wiesbaden.

Ein Beitrag zur physikalischen Behandlung der Hautkrankheiten, von Edmund Saalfeld-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 46.) Saalfeld erwähnt kurz die Vorteile, welche die Dermatologie durch das Lichtverfahren erzielt hat, während die Indikationsgebiete für Röntgen noch nicht ganz klar sind. Auch für die Massagebehandlung hat sich noch kein größeres Anwendungsgebiet gefunden. Mit der von Schwentner-Trachsler empfohlenen Bimssteinabreibungen bei Hypertrichosis hat der Verfasser keine guten Erfahrungen gemacht, aber angeregt durch den Vorschlag der Bimssteintherapie hat Saalfeld Bimssteinfeilen konstruiert nach Art der Couzeschen Feile, welche von ihrem Erfinder

Digitized by Google

dazu bestimmt war, die Altershaut durch Entfernung der oberflächlichsten, stark verhornten Epidermispartikel geschmeidiger und elastischer zu machen. Saalfeld ließ also rotierende Bimssteinzylinder anfertigen und verwendete dieselben zur Behandlung des Lichen pilaris; zur Erhöhung der Wirkung brachte er zwischen die Haut und den Bimssteinzylinder erst Wasser, dann Sodalösung oder flüssige Glyzerinseife und empfiehlt dieses Verfahren für die Behandlung des Lichen pilaris.

Ferner ließ Saalfeld kleine rotierende Bimssteininstrumente in Form von Halbkugeln anfertigen, die sich ihm bei Dermatosen mit Hyperkeratose bewährten.

Lasch-Breslau.

Die Kosmetik in der ärztlichen Sprechstunde, von Siegfried Gross-Wien. (M. Kl., 1913, Nr. 25.) Verfasser behandelt nur einige Kapitel aus dem Gebiete der Kosmetik. Zuerst diejenigen Erkrankungen der behaarten Kopfhaut, die zu Haarausfall führen. Die wichtigste derselben, die Seborrhoe, will Verfasser statt nach Hebra in Seborrhoea oleosa und Seborrhoa sicca einteilen in Pithyriasis sicca und steatoides nach Sabouraud und dadurch dokumentieren, daß es sich hier um abnorme Verhornungsvorgänge (Parakeratose, Akanthose) und nicht um direkte Anomalien der Talgdrüsen handelt. Die Ätiologie hält Gross noch für unklar; doch möchte er trotz des meist beobachteten Vorkommens von Bakterien denselben nicht mit Sicherheit eine ätiologische Rolle zuschreiben.

Aus der unendlichen Zahl der empfohlenen Heilmittel erwähnt er: Chinin, Resorzin, Euresol, Acid. salicyl, Acid. tannicum, Ichthyol; doch gelten ihm als wirksamste therapeutische Agentien in erster Reihe nur Schwefel und Teer, der erstere besonders als kolloidaler Schwefel — Sulfidal — mit allerdings nur begrenzter Wirksamkeit oder als in Fetten und Ölen lösliches Sulfoform; der Teer besonders in seinen gereinigten Präparaten: Anthrasol und Liqu. carbon. deterg.

Vor dem von Lasser empfohlenen Sublimat warnt der Verfasser. Seine therapeutischen Angaben sind kurz folgende:

I. Entfernen der Schuppen durch Waschungen mit Seife mit oder ohne medikamentösen Zusatz (z. B. Pittylen oder Hebraschem Seifenspiritus und dann einfetten mit Teer- und Schwefelsalben); der Verfasser behauptet, auf diese Weise mindestens den Status quo erhalten zu können, wenn auch bis zur Heilung der Pityriasis oft eine längere Zeit erforderlich ist. Für die Alopecia areata die Kromayer-Lampe. Die Alopecia simplex, d. h. die ohne Schuppen und vermehrte Fettbildung einhergehende Alopezia, hält der Verfasser nur für eine Variation der Pityrodes und empfiehlt die gleiche Behandlung.

Die symptomatischen Alopezien, die im Anschluß an eine konstitutionelle Erkrankung auftreten, erfahren eine allgemeine und lokaltonisierende Behandlung, z. B. Chinin, Tinctura cantharid., Tinct. capsic., Pilokarpin usw. Prognose günstig.

Die Haarfärbekunst ist meist die Domäne des Friseurs. Verfasser nennt eine Anzahl Haarfärbemittel (vgl. Original).

Den zweiten Abschnitt der Behandlung der Gesichtshaut leitet der Verfasser mit Besprechung der individuell zu empfehlenden Seife ein. Bei fettarmer Haut überfettete Seifen, mit nachfolgendem mildem Gesichtscreme; bei fettreicher Haut Waschung mit heißem Wasser mit Boraxzusatz und alkalischer Toilettenseife. Medikamentöse Seifen verursachen oft eine lästige ekzematöse Erkrankung.

Für die Akne resp. Komedonen des Gesichts ist wieder die Seborrhoe das hauptsächlichste ätiologische Moment, und an erster Stelle der wirksamen Agentien steht der Schwefel. Es sind fast stets auch bei Anwendung der Kromayer-Lampe Schälkuren mehr oder minder intensiv, mehr oder minder lästig, notwendig; daneben Allgemein-

Digitized by Google

behandlung (Diät, Regelung der Darmfunktion, Roborieren durch Arsen). Von der Vakzinekur hofft der Verfasser für die Akne nichts.

Bei der Rosazea rät Gross auf die Nasenschleimhaut zu achten; hier ist Ichthyol das geeignete Mittel auch bei der flüchtigen Form der Rosazea bei jungen Mädchen. Er empfiehlt folgende Pillen: Ferr. lact., Ichtyol āā 10,0, Pulv. et extr. liqu. ut. f. 100 Pil. Dabei erwähnt er die von Bruck empfohlenen Benzinumschläge: ein Stück hydrophile Gaze, genau der Größe der Rosazea entsprechend, wird mit Benzin getränkt und gegen die Haut gedrückt, wobei die Verdunstkälte ein Ablassen und Kälterwerden der Nase erzeugt.

Für die Hypertrichosis kann nach Gross nur noch die elektrolytische Behandlung und ev. die von Kromayer empfohlene multiple subkutane Elektrolyse in Betracht kommen, d. h. mit Nadeln, deren Schaft mit Lack überzogen ist, so dass sie nur mit den Spitzen wirken können und die Kutis verschonen. Röntgenbestrahlung und Kromayer-Lampe ist zu verwerfen. Palliativ: chemische Depilation, Bimssteinabreibungen oder Bleichen der Haare mit H_2O_2.

Bei Pigmentanomalien durch starke Lichtwirkung ist prophylaktisch mit rotem Schleier, Chinin, Äskulin, Zeozon, Ultrazeozen einzuwirken; bei Lentigines, Pigmentnävi, Gefäßmalen und Xanthomen Kohlensäureschnee- und ev. Radiumbehandlung.

Bei Hyperidrosis, Bromidrosis am besten Formalinpräparate, z. B. Lysoform; für die Dysidrosis palmaris — einer kosmetischen Sommeraffektion — kann der Verfasser nach eigenen guten Erfolgen 2—5 %ige Präzipitatsalben empfehlen.

Zum Schluß bespricht Gross zusammenfassend die Indikationen für die physikalischen Heilmethoden. Röntgen — Kromayers Quecksilberlampe — Radium, Kohlensäureschnee und endlich Massage. Lasch-Breslau.

Ärztliche Kosmetik der Haut (Fortbildungsvortrag), von Kromayer-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 45.) Verfasser bespricht die Therapie der Pigmentanomalien (Epheliden, Lentigines, Chloasma, Vitiligo) und der Geschwülste, Verrucae, Naevi, Narben usw.). Für ein Referat ungeeignet. Junghanns-Dresden.

Bei welchen Hautkrankheiten sollen wir Bäder anwenden? von Eugen Brodfeld-Krakau. (M. Kl., 1913, Nr. 28.) Es hat sich allmählich die Erkenntnis Bahn gebrochen, daß bei Behandlung bestimmter Hautkrankheiten Bäder durch ihre Einwirkungen auf die Gefäße und die Nerven der Haut Entzündungen und sensitive Gefühle günstig zu beeinflussen vermögen. Auflagerungen der Haut, wie: vertrocknete Pustelkrusten, Schuppen usw., werden durch die Bäder entfernt, so daß die nachher angewendeten Salben wirksamer werden; ebenso fördern medikamentöse Bäder (Teerbäder, Kal. permang.-Bäder, Eichenrinde-, Schwefel- usw. Bäder) die Heilung bestimmter Dermatosen, wenn man sich auch vom alleinigen Gebrauch derselben keine absolute Heilwirkung versprechen kann. Brodfeld hat nun in der vorliegenden Arbeit die einzelnen Krankheitsgruppen, bei denen Bäder mit oder ohne Zusatz von Medikamenten Gutes leisten, zusammengestellt und mit dieser Zusammenstellung für die Praxis wertvolle Winke gegeben, auf die aber hier im Referat nicht eingegangen werden kann.
Lasch-Breslau.

Der Kauter in der Dermatologie, von L. Brocq. (Bull. méd., 1913, Nr. 53.) Verfasser berichtet über eine Frau, die seit Jahren an einem heftigen, rezidivierenden Ekzem der Beine und Ohren litt, das jeder Therapie trotzte und zu einer Verdickung der Haut führte. Schließlich legte Brocq eine permanente Vesikatorblase am Arme an, und allmählich verschwanden die Erscheinungen; bei einem Versuche, die Blase heilen zu lassen, erfolgte sofort ein neuer Ekzemschub. Ein anderer Patient wurde nach Abheilung eines Analekzems von Erscheinungen befallen, die an einen Hirntumor

Digitized by Google

denken ließen. Durch einen Vesikator am Nacken wurden die zerebralen Erscheinungen beseitigt. Broca wendet sich dagegen, daß die ableitenden Medikationen, deren Wirksamkeit durch unzweifelhafte klinische Beobachtungen festgestellt ist, heute völlig vernachlässigt werden. Er glaubt, daß mit der Zeit die Laboratoriumsarbeiten die Erklärung für diese Phänomene finden und sie rehabilitieren werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Balneotherapie im Kindesalter, von Emil Fronz. (W. m. W., 1913, Nr. 49.) Verfasser betont die Wirksamkeit der alkalischen Mineralwässer bei Hautleiden intestinalen Ursprungs. (Hartnäckige Ekzeme, chronische rezidivierende Urtikaria, manche Fälle von Intertrigo.)

Äußerlich wirken insbesondere bei Prurigo Schwefelbäder. Valentiner-Leipzig.

Entwicklungen und Probleme in der Vakzinetherapie, von A. Parker-Hitchens. (Monthly Cyclopedia and m. Bull., 1913, Nr. 10.) Die rationelle Behandlung der Infektionen erfordert die Anwendung einer Suspension, die eine Mischung aller bei der Infektion beteiligten Keime enthält. Mit Wright ist Verfasser der Ansicht, daß die Mißerfolge in der Vakzinetherapie nicht daher kommen, daß keine spezifischen Antikörper gebildet werden, sondern weil diesen nicht die Möglichkeit gegeben wird, mit den infizierenden Bakterien in Berührung zu kommen. E. Rossen-Wiesbaden.

Die vakzinöse Therapie der von Staphylokokken verursachten Hautkrankheiten, von L. Stein-Budapest. (Orv. Ujsag, 1913, Nr. 52.) Im vergangenen Jahre wendete Verfasser in 15 Fällen gegen verschiedene Staphylomykosen die Vakzinebehandlung an. Das Krankenmaterial bildeten Furunkel- und Sykosisfälle. 1. Die mit Autovakzine behandelten Fälle heilten in kürzerer Zeit als die mit heterogenen, kurz mit anderen Staphylokokkenvakzinen behandelten Fälle. 2. Die Heildauer nahm z. B. bei Sykosis eine viel kürzere Zeit in Anspruch als die allein mit Salben behandelten Fälle, und man kann behaupten, daß die kombinierte Behandlung in der überwiegenden Mehrheit der Fälle in verhältnismäßig kurzer Zeit eine vollkommene Heilung sichert. 1. Die vakzinöse Behandlung ist in jedem Falle von Staphylokokkenmykose geraten. 2. Unbedingt ist dieses Verfahren geraten in zur lokalen Behandlung refraktären Fällen. 3. Bei der Behandlung ist in erster Reihe eine Autovakzine zu benutzen. 4. Die Autovakzine — kombiniert mit der lokalen Behandlung — kann bei Furunkulose, Pyodermie, Sykosis vulgaris zumeist mit vollem Erfolge angewendet werden. Porosz-Budapest.

Über Serumbehandlung von Hautkrankheiten, von Stümpke-Hannover-Linden. (D. m. W., 1913, Nr. 30.) Verfasser sah günstige Wirkung bei pruriginösen Ekzemen, Lichen ruber planus, Herpes gestationis, Urtikaria, mehr oder weniger Versager bei Psoriasis, seborrhoischen und parasitären Ekzemen, Prurigo Hebrae, Pemphigus. Er injizierte das Serum von 50—60 ccm Blut eines gesunden Menschen entweder intravenös oder subkutan, oder auch das nicht defibrinierte Blut intravenös. Nach Spiethoff injizierte er inaktiviertes Eigenserum. In der Regel hat er nicht mehr wie drei Injektionen vorgenommen in 3—5 tägigen Intervallen. Er benutzte möglichst das Serum von solchen Personen, in deren Blute kreisende Schutzstoffe vermutet werden konnten, so bei Ekzem- und Psoriasiskranken Serum von eben geheilten Ekzem- und Psoriasiskranken. Junghanns-Dresden.

Experimentelle und therapeutische Erfahrungen mit Diathermie, von H. Dreesen-Köln. (D. m. W., 1913, Nr. 37.) Vergleichende Untersuchungen mit heißen Breiumschlägen, mit erhitzten Thermophoren, Strangerotherm und Diathermie ließen die bedeutende Überlegenheit der Diathermie erkennen, indem sowohl was die Kürze der Zeit, als auch was die Intensität der Wärme im Körperinnern, besonders die Tiefenwirkung anbelangte, die besten Resultate mit derselben gewonnen wurden.

Digitized by Google

Welche Krankheiten sich am besten für Diathermiebehandlung eignen würden, das zu entscheiden, müsse noch weiteren Untersuchungen überlassen werden. Nur so viel könne man schon jetzt sagen, daß akute Gelenkerkrankungen, besonders die blennorrhoischen hierzu gehören würden. Schließlich sei der Erfolg auch noch abhängig von dem vollkommenen Vertrautsein der Technik. (Gefahr der Verbrennung.)

Fischer-Dresden.

Verschiedenes.

Vereinigung Nordwestdeutscher Dermatologen in Kiel (Universitätsklinik für Hautkrankheiten) am 24. Mai 1914. Der Einladung von Prof. KLINGMÜLLER waren gegen 60 Herren aus Bremen, Flensburg, Hamburg, Hannover, Kiel, Schwerin gefolgt. Zu Beginn der äußerst lehrreichen fünften Tagung gedachte KLINGMÜLLER des eben verblichenen Prof. WOLTERS. Telegraphisch wurde den Hinterbliebenen die Teilnahme der Versammlung übermittelt. WOLTERS hatte die dritte Tagung in Rostock geleitet.

UNNA sen.: Universelle idiopathische diffuse Hautatrophie mit ausgedehnten Blutungen und Ulzerationen. Beginnende Heilung unter H_2O_2 und Arnika. ARNING: Idiopathische Hautatrophie. Initiale Form am Abdomen. Desgl. an den Extremitäten. KLINGMÜLLER: Atrophia maculosa (Anetodermie). CELLA: Epidermolysis bullosa hereditaria (2 Brüder). BECKMANN: Pityriasis rubra pilaris mit universeller Ausdehnung. Desgl. noch im Fortschreiten begriffen. Psoriasis (abgeheilt) mit initialen Pityriais rubra-ähnlichen Effloreszenzen. HELL: Akanthosis nigricans im Beginn ohne viszerale Symptome. BECKMANN: Keratoma plantare ohne hereditäre Belastung. HELL: Xeroderma pigmentosum mit Kankroid. CELLA: Granuloma annulare. HELL: Morbus Recklinghausen, kleinere und größere Tumoren, Pigmentierungen (Schleimhäute frei). Angiome der Lippenschleimhaut bei Vater und Sohn. BECKMANN: Naevus lymphangiomatodes verrucosus. HELL: Naevus verrucosus mit Impetigines nur auf dem Nävus. KLINGMÜLLER: Erythema induratum an der Stirn, papulo-nekrotische Tuberkulide der Oberlippe, Sarkoid DARIER am Kinn, Aknitis am Oberarm. Ausgedehnte papulo-nekrotische Tuberkulide der oberen Extremitäten geheilt nach Sonnenbehandlung in Leysin bei Dr. ROLLIER. CELLA: Papulo-nekrotische Tuberkulide mit Knochen- und Drüsentuberkulose. Papulo-nekrotische Tuberkulide an oberen Extremitäten und im Gesicht, Hautblutungen, subkutane Blutungen. KLINGMÜLLER: Meerschweinchen intraperitoneal mit Blut von diesem Fall zeigen multiple Drüsenschwellungen und positive intrakutane A. T.-Reaktion nach ESCH. CELLA: Papulonekrotische Tuberkulide (Miliarlupoid BOECK ähnlich) an den Extremitäten, Lymphome am Hals, Brusttumor (Tuberkulose?), Angiokeratome Mibelli an den Zehen. KLINGMÜLLER: Universelle papulo-nekrotische Tuberkulide (örtliche A. T.-Reaktion), vereiterte Halsdrüse (T. B. positiv, Meerschweinchen T. B. positiv). Auf A. T. reagierende papulo-nekrotische Effloreszenz zeigt histologisch keine tuberkulösen Veränderungen. Hämatogene Hauttuberkulose beim Kind im Anschluß an Masern, anfangs papulo-nekrotischen Tuberkuliden ähnlich, welche sich später in Lupus umwandeln. Dauernd mit Höhensonne behandelt. Multipler hämatogener Lupus verrucosus beim Kind. CELLA: Lupus pernio an rechter Wange und Kinn. KLINGMÜLLER: Erythema induratum an den Oberarmen und Lupus erythematodes(?) im Gesicht. Photographien und Moulage eines Falles mit schwerer Bronchopneumonie: streifenförmige eingezogene Atrophien an den Kleinfingerballen, atrophische Veränderungen an den Streckseiten der Endphalangen (Lupus erythematodes?). K. UNNA: Casus pro diagnosi: Zirkumskriptes, scharf abgesetztes, auf Handteller und mediofaziale Region beschränktes, seit 4 Jahren bestehendes Erythem von dunkelroter Farbe. Histologisch Kutisatrophie, keine Lues, trotz früherer schwerer Lues

Digitized by Google

und jetzigem positiven WASSERMANN (Ulerythem?). BECKMANN: Lupus erythematodes mutilans der Finger, diskoides im Gesicht, Ohren, behaarter Kopf, Gaumen, Extremitäten. CELLA: Lupus erythematodes discoides im Gesicht durch Quarzlampe und intravenöse Platineinspritzungen sehr günstig beeinflußt. KLINGMÜLLER: Persistierendes Erythem der Streckseiten der Unterschenkel mit eigentümlichen gelben Einlagerungen bei Glykosurie. Histologisch: Kollagene Degeneration, Pseudoxanthoma. HELL: 7 Fälle von Dermatitis herpetiformis DUHRING; 5 Fälle sind als Mitisform aufzufassen. Erythema exsudativum-ähnliches Exanthem der Mundschleimhaut nach Altsalvarsan. 3 Fälle von Lupus vulgaris intravenös mit Gold oder Platin behandelt. Ausgedehnter Lupus vulgaris mit Ca. im Nacken. Elefantiasis des Gesichts nach Exstirpation der tuberkulösen Halsdrüsen. BECKMANN: Alopecia totalis capitis ohne Erfolg mit Quarzlampe behandelt. KLINGMÜLLER: Generalisierte Vakzine beim Kind auf Strophulus. ENOMOTO: Über die Behandlung von Dermatomykosen mit kutanen Einspritzungen reizender Stoffe. HELL: Strichförmige ekzematöse Erkrankung in der inneren VOIGTschen Grenzlinie des linken Armes, zentripetal fortschreitend, im Anschluß an ekzematöse Dermatitis des Unterarms. KLINGMÜLLER: Atrophisierender disseminierter Lichen ruber. HELL: Geheilter Fall von disseminierter Xanthoerythrodermie. Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées BROCQ. Röntgenverbrennung des linken Mittelfingers bei einem Techniker, welcher sich selbst mit Röntgenstrahlen behandelt hat. CELLA: RAYNAUDscher Symptomenkomplex an Händen, Ohren, Nase, Lippen und Zunge. BECKMANN: Säbelscheidentibia bei kongenitaler Lues. Desgl. bei Rachitis. CELLA: Ausgedehnte disseminierte Pigmentierungen nach Abheilung papulöser Syphilide. HELL: Korymbiformes Syphilid im Anschluß an singuläre Rupiaformen. KLINGMÜLLER und LEWANDOWSKY: Histologische Demonstrationen vorgestellter Fälle.

An die Demonstrationen der seltenen Fälle schloß sich eine anregende Diskussion.

Delbanco.

Die **Internationale Gesellschaft für Urologie** wählte zum Ehrenpräsidenten GUYON-Paris, zum Präsidenten JAMES ISRAEL-Berlin und zum lokalen Präsidenten des in drei Jahren in Kopenhagen stattfindenden vierten Kongresses ROVSING-Kopenhagen.

Die American Dermatological Society hat auf ihrer Jahresversammlung in Chicago eine permanente **Lepra-Kommission** eingesetzt, bestehend aus MARTIN F. ENGMAN-St. Louis, Vorsitzender, CHARLES J. WHITE-Boston und JAMES MCFARLANE WINFIELD-Brooklyn.

In Wien wurde das Neugebäude der unter der Leitung von Hofrat Professor EDUARD LANG stehenden **Heil- und Heimstätte für Lupuskranke** eröffnet.

Priv.-Doz. Dr. RUDOLF POLLAND in Graz ist zum außerordentlichen Professor ernannt worden.

Dr. ERNST SCHREIBER, leitender Arzt der inneren Abteilung des Krankenhauses Magdeburg-Sudenburg, hat den Professortitel erhalten.

Dr. EDUARD ARNING, Oberarzt der dermatologischen Abteilung am Krankenhause St. Georg in Hamburg, erhielt den Titel Professor.

Dr. EDWARD H. ABBOTT wurde konsultierender Dermatologe am Elgin State Hospital von Illinois.

Dr. WILLIAM B. BROWN, Professor der Dermatologie am New York Post-graduate Medical School and Hospital (University of the State of New York), ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. Juli 1914 | Nr. 28 | Band 59

Aus dem k. u. k. Garnisonsspitale Nr. 3 in Przemysl
(Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten).

Luesbehandlung und Wassermann.

Von

Stabsarzt Dr. Bernhard Fuchs, Chefarzt der Abteilung.

In der Zeit von Mitte April 1911 bis 30. April l. J. wurden auf der Abteilung 2520 Salvarsaneinverleibungen bei 843 Kranken vorgenommen. Auf die einzelnen Stadien der Lues entfallen: primäre 256 Fälle, darunter 4 extragenitale Sklerosen (eine hiervon mit dem Sitze in der Mitte der linken Wangenschleimhaut, 12 mm vom Mundwinkel), sekundäre 461 Fälle, darunter 10 Chancre redux, 11 gruppierte Spätformen, 1 Lues laryngis mit totaler Aphonie, 2 Iritiden, 1 Keratitis, 4 Fußgeschwüre und 2 Lues maligna. Äußerlich symptomlose, bis auf etwa noch vorhandene Skleradenitis inguinalis, 101 Fälle. Tertiäre 17 Fälle und zwar 6 Hautgummen, 3 Gaumenlöcher, 2 Lues der Niere, 1 Onychia, 1 Periostitis gummosa des Schienbeins, je 1 Gumma der Zunge, der Leber, der Leistendrüsen und der Nasenschleimhaut. Metalues 4 Fälle und zwar 1 P. p., 1 Lues cerebri, 1 Tabes und 1 Taboparalyse.

Alle diese Kranken standen unter je achtwöchentlicher serologischer Kontrolle des k. u. k. Militärsanitätskomitees in Wien. Durch den alljährlichen Wechsel der Mannschaft (Beurlaubung, Übersetzung in die Reserve usw.) ist es jedoch bedingt, daß diese Kontrolle nicht bei allen durch eine längere Zeit durchgeführt werden konnte.

Trotzdem verfügt die Abteilung über 211 kontinuierliche serologische Beobachtungen in der Dauer von 1 bis zu 3 Jahren, und zwar:

12—18	Monate	=	115	Kranke
19—24	„	=	44	„
25—32	„	=	39	„
33—36	„	=	13	„

Die Dosierung des Salvarsans war, besonders im Anfange, eine vorsichtige, tappende, wie es der noch geringen Kenntnis der Wirkungsweise des Mittels einerseits und dem Unbehagen nach den ersten Meldungen über Todesfälle andererseits entsprach. Aus diesem Grunde wurden die Kranken der Abteilung ursprünglich nur mit einer intra-

Digitized by Google

glutäalen Injektion von 0,6 Altsalvarsan behandelt. Einen eingehenden diesbezüglichen Bericht veröffentlichte ich im Mai 1912 (M. Kl., Nr. 18). Es ist nun von Interesse und wirft ein helles Streiflicht auf die reine Altsalvarsanwirkung bzw. auf die der intramuskulären Einverleibung, diese nur mit einer Salvarsandosis von 0,6 (ohne Hg) behandelten Kranken in ihrem weiteren Schicksale zu verfolgen. Die später, nach Auftreten von Rezidiven, notwendig gewordene Nachbehandlung kommt hier einstweilen nicht in Betracht.

W. vor der Behandlung positiv:

	Fälle	W. wurde negativ		Rezidiven				W. blieb	
		sofort	in 2—4 Monaten	klinisch	nach	im Blute	nach	negativ	positiv
I. Lues	25	7	8	5 (20%)	3, 4, 5 u. 20 Monaten	4 (16%)	3—4 Monaten	5 (20%)	11 (44%)
II. Lues	118	26	46	29 (24,5%)	2, 4, 6, 7, 11, 12, 16 u. 17 Monaten	23 (19,5%)	2, 4, 7, 12, 15, 17, 21, 26 u. 28 Monaten	31 (26,2%)	35 (29,6%)
Äußerlich symptomlose	42	16	11	—	—	14 (33,3%)	2, 5, 8, 9, 11, 12, 13 u. 17 Monaten	13 (31,9%)	15 (35,7%)
III. Lues	8	4	—	—	—	3 (37,5%)	2, 9, 13 Monaten	2 (25%)	3 (37,5%)

W. vor der Behandlung negativ:

	Fälle	W.		Rezidiven			
		wurde positiv	blieb negativ	klinisch	nach	im Blute	nach
I. Lues	6	1	4 (66,6%)	—	—	2 (33,3%)	3 u. 6 Monaten
II. Lues	8	4	4 (50%)	3 (37,5%)	6, 13 u. 19 Monaten	1 (12,5%)	13 Monaten

Von den in diesen beiden Tabellen unter der Rubrik „W. blieb negativ" ausgewiesenen Kranken sind es 16 Fälle, die länger als 1 Jahr beobachtet wurden. Einige von diesen verdienen ein gewisses Interesse, besonders da sie bis zu 3 Jahren unter serologischer Kontrolle stehen:

S. P. Nr. 58, Polizeisoldat J. C., Infektion November 1910. 30 Einreibungen. W. 30. Mai 1911 ++. Äußerlich ad luem symptomlos. Am 9. Juni 1911 0,6 S. ig.

Digitized by Google

W. 20. Juni negativ und seither in achtwöchentlichen Intervallen, also durch 34 Monate stets negativ bei äußerer Symptomlosigkeit.

S. P. Nr. 130, Wachtmeister M. H., Infektion Ende 1910, Januar und Februar 1911 30 Einreibungen. Status am 12. September 1911: Plaques an der Zungenspitze und Unterlippe, Skleradenitis cubitalis et inguinalis. W. negativ. Am 14. September 1911 0,6 S. ig. W. 20. September negativ und seither — also durch 32 Monate — stets negativ, ebenso äußerlich kein Anzeichen für Lues.

S. P. Nr. 124, Fähnrich A. K., Infektion August 1911, Status am 16. August 1911: Sklerose, Skleradenitis ing., W. negativ. Am 5. September 1911 0,6 S. ig. Seither W. bis März 1913, also durch 18 Monate, stets negativ.

S. P. Nr. 246, Oberleutnant F. H., Infektion Mai 1906. Geringe Hg-Behandlung. 1907 Rezidive im Rachen. W. am 5. Dezember 1911 ++ bei äußerer Symptomlosigkeit. Am 12. Dezember 1911 0,6 S. ig., W. 27. Januar 1912 negativ und so bis heute, also durch 27 Monate stets geblieben.

S. P. Nr. 193, Leutnant J. P., Infektion August 1911, lokal behandelt. Status am 18. November 1911: Vorhaut ödematös, die Stelle der ursprünglichen Sklerose zerfallen, Skleradenitis inguinalis (Chancre redux). W. +++. Am 1. Dezember 1911 0,6 S. ig. W. 16. Januar 1912 ++. Am 12. März 1911 negativ und seither bei äußerlich vollkommener Symptomlosigkeit bis heute, also durch 26 Monate stets negativ.

Dagegen S. P. Nr. 26, Oberleutnant J. L., Infektion Mitte 1910, 30 Einreibungen, Status am 8. Mai 1911: Condylomata lata ad anum, W. negativ. Am 10. Mai 1911 0,6 S. ig. W. 23 Mai negativ und seither, durch 28 Monate, stets negativ. Am 23. September 1913 bei äußerer Symptomlosigkeit W. ++.

Schon nach einigen Monaten wurde begonnen, an die intraglutäale Applikation von 0,6 Salvarsan eine Einreibungskur von 120—140 g Hg (bzw. Injektionen von Hg. salicyl.) anzuschließen. Das Ergebnis dieser kombinierten Behandlungsweise zeigen die folgenden Tabellen.

Auch hier wird die später notwendig gewordene Nachbehandlung der Rezidiven einstweilen nicht berücksichtigt.

W. vor der Behandlung positiv:

	Fälle	W. wurde negativ		Rezidiven				W. blieb	
		sofort	nach 2 bis 4 Mon.	klinisch	nach	im Blute	nach	negativ	positiv
I. Lues	20	12	5	5 (25%)	2, 3, 4, 5 Monaten	4 (20%)	4, 9, 10, 16 Monaten	10 (50%)	1 (5%)
II. Lues	53	10	19	9 (17%)	3, 5, 7, 8, 12 u. 22 Monaten	20 (37,7%)	3, 4, 5, 6, 7, 8 u. 26 Monaten	13 (24,5%)	11 (20,7%)
Äußerlich symptomlose	6	3	2	—	—	2 (33,3%)	3 Monaten	4 (66,6%)	—
III. Lues	1	—	1	—	—	1	13 Monaten	—	—

Digitized by Google

W. vor der Behandlung negativ:

	Fälle	W.		Rezidiven			
		wurde positiv	blieb negativ	klinisch	nach	im Blute	nach
I. Lues	8	5	2 (25%)	—	—	6 (75%)	10 u. 22 Monaten
II. Lues	2	—	2	—	—	—	—
Äußerlich symptomlose	1	—	1	—	—	—	—

Von den 32 hier unter „W. blieb negativ" ausgewiesenen Fällen, sind es 14, die mindestens durch ein Jahr unter serologischer Kontrolle standen. Einige von ihnen mögen hier Erwähnung finden:

S. P. Nr. 207, Feuerwerker J. G., Infektion Oktober 1911, 30 Einreibungen. Status am 21. Dezember 1911: Makulopapulöses Exanthem, Plaques der Lippenschleimhaut, Condyl. lata ad anum, Skleradenitis inguinalis. W. ++++. Am 23. Dezember 1911 0,6 S. ig., dann Schmierkur, W. am 2. Januar 1912 negativ, und seither in achtwöchentlicher Pause kontrolliert, durch 28 Monate stets negativ.

S. P. Nr. 238. Zugsführer M. G., Infektion Dezember 1911, nicht behandelt. Status am 1. Februar 1912: Sklerosenrest im inneren Vorhautblatte, beginnendes makulopapulöses Exanthem am Stamm, Skleradenitis inguinalis. W. ++++. Am 6. Februar 1912 0,6 S. ig., W. 13. Februar ++++. Schmierkur, W. am 19. März ++, am 16. Mai negativ und seither bei der regelmäßigen Kontrolle, durch 21 Monate, stets negativ.

S. P. Nr. 290, Leutnant A. K., Infektion August 1909. In diesem Jahre sowie 1910 und Januar 1911 je 30 Einreibungen. Status am 14. März 1912: Äußerlich symptomlos, W. ++++. Am 18. März 1912 0,6 S. ig. Schmierkur, W. 26. März 1912 negativ und seither, also durch 25 Monate, stets so geblieben.

Dagegen S. P. Nr. 197, Wachtmeister J. C., Infektion Oktober 1911, lokal behandelt. Status am 4. Dezember 1911: Skleradenitis universalis, knorpelharte Infiltration von Kronengröße im inneren Vorhautblatte, Papeln am Penis und Skrotum, beginnendes Exanthem am Stamm. W. ++++. Am 6. Dezember 1911 0,6 S. ig., am 13. Dezember Schmierkur. W. am 13. Dezember ++++, ebenso am 16. Januar 1912, am 12. März 1912 negativ und so durch 23 Monate geblieben. Am 4. Februar 1914 W. ++ bei äußerer Symptomlosigkeit.

Hierher gehört auch ein Fall sicherer Reinfectio syphilitica:

S. P. Nr. 372, Zugsführer P. S., Infektion April 1912, nicht behandelt. Status am 14. Mai 1912: In der Mitte des inneren Vorhautblattes eine etwa bohnengroße Sklerose, Leistendrüsen rechts nußgroß, derb, schmerzlos. W. ++. Am 30. Mai 1912 0,6 S. ig., dann Schmierkur. Sklerose bereits nach 2 Tagen epithelisiert, W. 25. Juni negativ und so bis Mitte Dezember 1913, also durch $1^1/_2$ Jahre geblieben. Neuerlicher Zugang am 22. Januar 1914, Coitus suspectus vor 4 Wochen. St. pr.: Im Sulcus coronarius links, etwa 1 cm seitwärts der ersten Sklerose, eine nußgroße, derbe Infiltration. Leistendrüsen beiderseits pflaumengroß, derb, schmerzlos. Rötung der

Digitized by Google

Uvula, der Gaumenbögen und der hinteren Rachenwand. Urethritis acuta. Im Reizserum der Sklerose massenhaft Spirochäten im Dunkelfelde, wie auch nach Burri. W. +++. Therapie: Schmierkur. Am 27. Januar ein dichtes, kleinfleckiges Exanthem am Stamm. Nach 0,6 NS. ig., 1,8 NS. intravenös und 40 Einreibungen W. am 18. März l. J. negativ.

Der Vollständigkeit halber will ich noch die Kranken erwähnen, welche mit 2 Salvarsaneinverleibungen, zumeist eine intraglutäal und eine intravenös, und gleichzeitiger Hg-Kur behandelt wurden. Sie standen mindestens $^1/_2$ Jahr und höchstens $2^1/_2$ Jahre unter serologischer Kontrolle:

	Fälle	W. wurde negativ		Rezidiven				W. blieb	
		sofort	nach 2 bis 4 Mon.	klinisch	nach	im Blute	nach	negativ	positiv
I. Lues	17	5	7	1 (5,8%)	4 Monaten	5 (29,3%)	2, 4, 8, 9 u. 13 Monaten	10 (58,8%)	1 (5,8%)
II. Lues	21	7	6	7 (33,3%)	4, 6, 7, 10 u. 22 Monaten	4 (19%)	4 u. 7 Monaten	8 (38%)	2 (9,5%)
Äußerlich symptomlose	3	—	—	—	--	—	—	3	—

S. P. Nr. 22, Wachtmeister M. W., Infektion April 1911, St. pr.: Pergamentsklerose, Skleradenitis inguinalis. W. +++. Am 6. Mai 1911 0,6 S. ig., W. 16. Mai +++, 11. Juli negativ, 5. September +++ und so bis Juni 1912 geblieben. Am 20. Juni 1912 abermals 0,6 S. ig., W. 25. Juni ++, 21. November ++, Schmierkur. Seither bis heute, also durch fast $1^1/_2$ Jahre, stets negativ.

S. P. Nr. 138, Zugführer L. D., Infektion Juni 1911, Status am 30. August 1911: Epithelisierte Sklerose im inneren Vorhautblatte. W. +++, Schmierkur. Am 21. September 1911 0,6 S. ig. Am 8. Dezember 1911 Doppelsehen, Paresis m. recti ext. oc. dextri. Äußerlich sonst bis auf eine Skleradenitis inguinalis symptomlos. W. ++, Schmierkur. Am 16. Februar 1912 0,4 S. iv., W. 20. Februar ++. Erst am 20. März 1912 vollkommen symptomlos. W. 17. April 1912 negativ und so durch 16 Monate geblieben. Am 26. August 1913 W. ++ bei äußerer Symptomlosigkeit. 30 Einreibungen. W. am 4. März 1914 negativ.

S. P. Nr. 180, Hauptmann R. S., Infektion Ende September 1911. Status am 6. November 1911: Im Sulcus coronarius eine hellergroße, ziemlich gereinigte, knorpelharte Infiltration, daneben 3 kleinere Sklerosen. Skleradenitis inguinalis. W. (zirka 6 Wochen nach der Infektion) negativ. Am 8. November 0,6 S. ig. Nach einer Woche ist die Skleradenitis zurückgegangen. W. 21. November, 2. Januar 1912 negativ, 20. Februar ++, Schmierkur. Am 8. März 1912 0,4 S. intravenös, W. 19. März negativ und so bis zum heutigen Tage, also durch 25 Monate geblieben. Eine am 17. November 1913 vorgenommene provokatorische Infusion von 0,6 NS. iv. änderte nichts an dem negativen Blutbefunde.

Digitized by Google

Im Durchschnitte wurde auf der Abteilung folgende Methode angewendet:

Beim Zugange begann der Kranke sofort mit einer Quecksilberbehandlung (Einreibungen, Hg. salicyl. 10%, Enesol). Nach den ersten 10 Einreibungen (3—4 Hg-Injektionen) bekam er 0,6 Altsalvarsan (später nur Neosalvarsan) intraglutäal und sodann nach je 10 weiteren Einreibungen (3—4 Hg-Injektionen) je eine intravenöse Infusion von 0,4 Alt- bzw. 0,6 Neosalvarsan.

Die Behandlung, die sich mir am besten bewährte, bestand also aus 40 Einreibungen, bzw. 15 Hg. salicylicum- bzw. 10 Kalomel-, bzw. 30 Enesolinjektionen und dazwischen aus einer intraglutäalen und 2 bis 3 intravenösen Salvarsaneinverleibungen. War nach der Beendigung dieser Kur der W. noch positiv, so wurde, besonders im letzten Halbjahre, mit der Behandlung fortgesetzt, also im ganzen 50—60 Einreibungen und 5—6 Dosen à 0,6 Neosolvarsan verwendet. Bei Reitern wurde statt mit der intramuskulären, mit 0,45 intravenös begonnen, dafür mit 0,9 iv. abgeschlossen. Auch konzentrierte Lösungen von 0,45 NS. iv. wurden als Abschluß der Behandlung angewendet, ebenso in vielen Fällen eine zweite intraglutäale S.-Injektion. Wenn sich im Verlaufe der serologischen Kontrolle eine Rezidive im Blute zeigte, wurde der Mann, soweit es ging, einberufen und einer abermaligen Behandlung unterzogen. Dabei machte ich die Erfahrung, daß bei diesen Rezidiven oft die halbe Kur, d. h. 20 Einreibungen und 2 S.-Injektionen genügten, um etwa bei einem Drittel der Einberufenen den positiven W. in einen negativen umzuwandeln.

Das Ergebnis dieser Behandlung, mit einer Beobachtungsdauer von 6—24 Monaten, zeigen die folgenden Tabellen.

W. vor der Behandlung positiv:

	Fälle	W. wurde negativ		Rezidiven		W. blieb	
		sofort	in 2—4 Monaten	klinisch	im Blute	negativ	positiv
I. Lues	49	30	6	1 (2%)	14 (28,5%)	26 (53%)	8 (16,5%)
II. Lues	70	34	23	4 (57%)	23 (32,8%)	39 (55,7%)	4 (5,7%)
Äußerlich symptomlose	20	15	1	—	9 (45%)	10 (50%)	2 (10%)
III. Lues	2	—	1	—	1	—	1

Digitized by Google

W. vor der Behandlung negativ:

	Fälle	W.		Rezidiven	
		wurde positiv	blieb negativ	klinisch	im Blute
I. Lues	12	1	9 (75 %)	1 (8,3 %)	2 (16,6 %)
II. Lues	5	3	2 (40 %)	1 (20 %)	2 (40 %)
Äußerlich symptomlose	1	1	—	—	1

Unter den negativ gebliebenen befinden sich 30 Fälle mit einer Beobachtungsdauer von über einem Jahre.

Auffallend ist, daß die meisten Rezidiven und Versager bei jenen Fällen vorkamen, bei welchen nur 3 S.- bzw. NS.-Einverleibungen vorgenommen wurden. Sie traten zwischen 2 und 15 Monaten nach der Behandlung auf, doch sind in den Tabellen einstweilen nur die länger Beobachteten berücksichtigt. Von Interesse, auch für die Beurteilung des negativen Ergebnisses der serologischen Kontrolle, dürfte folgender Fall sein:

S. P. Nr. 512, Korporal J. H., Infektion Juli 1912. Status am 26. August 1912: Phimose, Sklerose durchtastbar, Skleradenitis inguinalis. W. negativ. Therapie: Schmierkur. Am 6. September, 20. September und 3. Oktober je eine Infusion von 0,6 S., W. am 9. Oktober und 4. Dezember 1912 negativ. Am 16. Januar 1913: Skleradenitis inguinalis, Roseola, Geschwür in der Nasenscheidewand. W. negativ, Schmierkur, 1,8 NS., W. stets und bis Ende 1913 negativ.

Entschieden versagt hat das NS. sowie das Quecksilber unter anderem auch in folgenden Fällen.

S. P. Nr. 1428, Leutnant F. B., Infektion Juni 1913. Status am 2. Juli: Oedema praeputii, Sklerosis ad marginem, Phimosis, Skleradenitis ing., W. +++. Therapie: 2,4 NS. iv., 200 g Ung. ciner. W. am 2. September negativ, am 11. November +++. Schmierkur (40 Einreibungen mit Ebagakalomel). Am 3. Februar l. J. nach vollendeter Schmierkur: Plaques auf den Tonsillen, Condylomata lata ad anum. W. +++.

S. P. Nr. 1463, Oberleutnant L. E., Infektion Juni 1913. Status am 13. Juli: Sklerosis, Skleradenitis inguinalis. Therapie: Hg-Kur, 0,6 S. ig., 1,8 NS. iv., W. 15. September ++. Am 5. November 1913 rechtsseitige Fazialislähmung, die nach 80 g Ung. ciner. fast ganz schwand. 2,4 NS. iv., W. 20. Januar l. J. ++, am 9. Februar noch 0,6 NS., W. 10. Februar negativ, 24. April ++.

Aber auch ein Fall, der wohl als Reinfectio syphilitica gedeutet werden kann, möge hier Erwähnung finden:

S. P. Nr. 1002, Vormeister J. P., Infektion Januar 1913. An der unteren Fläche des Penis ein erbsengroßes Geschwür mit hellrotem Saume, im inneren Vorhautblatte mehrere aufsitzende Geschwüre. W. 13. Februar +++. Therapie: 0,6 S. ig., 2,7 NS. iv., 160 g Ung. ciner. W. 15. April negativ. Zweiter Zugang am 24. Juni:

Digitized by Google

An der oberen Fläche des Penis, etwa 1 cm von der ursprünglichen Sklerose entfernt, ein bohnengroßes, knorpelhartes Geschwür, Sklerad. ing. von Pflaumengröße, positiver Spirochätenbefund, W. ++. Therapie: 2,4 NS. iv., 11 Injektionen von Hg. salicyl., W. 26. August ++.

Noch bemerkenswerter ist folgender Fall:

S. P. Nr. 820, Infanterist A. K., Infektion Ende Oktober 1912. Lokal behandelt. Status am 14. Dezember 1912: Skleradenitis universalis, dichte kleinfleckige Roseola am Stamme. Am Margo praeputii ein mit reichlichem Serum bedecktes Geschwür (ursprüngliche Sklerose), W. +++. Therapie: 2,4 NS. intravenös, 120 g Ung. ciner. W. 30. Januar 1913 ++. Zweiter Zugang am 4. Januar 1914. Koitus vor 14 Tagen, seit 2 Tagen Erscheinungen. St. pr.: An der unteren Fläche des Penis, in der Mitte, ein bohnengroßes, etwas erhabenes, mit einer dünnen Kruste bedecktes Geschwür. (Leider keine mikroskopische Untersuchung vorgenommen.) Knochenharte, nußgroße Inguinaldrüsen. W. negativ. Ad luem äußerlich, sonst symptomlos. Therapie: 0,6 NS. ig., 1,8 NS. iv., 160 g Ung. ciner. W. am 25. Februar negativ. Dritter Zugang am 1. April l. J. Koitus vor 2 Wochen, Erscheinungen seit 3 Tagen. St. pr.: In der Mitte des Frenulum ein erbsengroßes, ziemlich scharfrandiges, reichlich mit Serum bedecktes, oberflächliches Geschwür. Leistendrüsen rechts wallnuß-, links hühnereigroß, derb. Spirochäten äußerst zahlreich. W. negativ.

Außer diesen durch längere Zeit beobachteten Fällen will ich noch jene erwähnen, die 4—6 Monate unter Kontrolle stehen. Primäre Lues 70 Fälle. Von diesen wurden durch die erwähnte Behandlung 53 negativ, 17 blieben positiv (darunter 3 mit vorhergegangenem negativem W.).

Sekundäre Lues 117 Fälle. Negativ wurden 76, positiv blieben 41.

Äußerlich symptomlose 17. Negativ wurden 12, positiv blieben 5 Fälle. Die übrigen Kranken stehen noch viel zu kurze Zeit in Beobachtung, als daß sie in Betracht gezogen werden könnten.

Rezidiven nach vorhergegangener Salvarsanbehandlung kamen in 231 Fällen vor. (Hier sind auch jene, oben nicht erwähnten mit einbezogen, deren Beobachtungsdauer weniger als ein halbes Jahr beträgt.)

Nach den Stadien der Lues entfallen auf:

primäre:	11 klinische,	43	serologische	Rezidiven	(21 %),
sekundäre:	53 „	85	„	„	(30 %),
symptomlose:		34	„	„	(34 %),
tertiäre:		5	„	„	(29 %).

(Darunter befanden sich 22 Fälle, die noch ein zweites und drittes Mal rezidivierten.) Dieser Prozentsatz scheint mir jedoch noch zu niedrig bemessen zu sein. Ein maßgebender Prozentsatz auf die Summe der überhaupt vorgekommenen Fälle, dann das endgültige Ergebnis der Behandlung dieser Rezidiven läßt sich schwer aufstellen. Denn einerseits standen und stehen noch, wie erwähnt, viele Fälle kürzer als ein halbes Jahr in Beobachtung, andererseits war, besonders im Anfange, die Nach-

Digitized by Google

behandlung der Rezidiven eine viel zu geringe, als daß sie einen berechtigten Schluß zeitigen könnte. Um so mehr, als das Ergebnis, vorwiegend negativ, wegen der Kürze der Beobachtung noch positiv werden kann. Doch verzeichne ich folgende kombiniert behandelte Rezidiven, bei welchen der W. durch 12—24 Monate bereits negativ ist:

primäre Lues:	20	Fälle
sekundäre Lues:	22	„
symptomlose:	5	„
tertiäre Lues:	2	„

Im allgemeinen fiel auf, daß die Zahl der klinischen Rezidiven gegen früher verhältnismäßig abgenommen hat. Dies beweist eine Zusammenstellung der Luesfälle aus einem beliebigen Jahre der Vorsalvarsanära. Z. B. im Jahre 1909 gingen der Abteilung 114 Fälle sekundärer Lues zu. Darunter befanden sich 70 klinische Rezidiven, denen eine Hg-Behandlung vor 3 Wochen bis vor 6 Monaten vorausgegangen war. Die restlichen 44 Fälle zeigten ein primäres Exanthem.

Ich will hiermit keineswegs die sonst glänzenden Erfolge des Hg in Abrede stellen. Es scheint mir jedoch augenfällig zu sein, daß die Dauerwirkung des S. bzw. NS. die des Hg bei weitem übertrifft.

Recht häufig war das Auftreten der serologischen Rezidiven. Wohl stets ein Fingerzeig zur Wiederaufnahme der Behandlung, andererseits ein Hinweis auf die Wohltat der Wassermannschen Kontrolle, die uns eine noch bestehende Lues anzeigt, wo die äußere Untersuchung oft versagt.

Des weiteren ließ sich in vielen Fällen ein recht spätes (und, wie mir scheint, milderes) Auftreten der Rezidiven beobachten. Der Umstand, daß noch nach 20 Monaten klinische, nach 28 Monaten serologische Rezidiven auftraten, ist wohl eine deutliche Warnung vor allzu großem Optimismus in der Wertung des Salvarsanerfolges. Schließlich darf man nicht vergessen, daß die Lues eine eminent chronische Krankheit ist und eine stete Beobachtung bzw. Behandlung verlangt. Einen Umstand weisen noch die Tabellen auf: Je schwächer die Behandlung, desto häufiger traten die Rezidiven auf. Je energischer die Behandlung war und je mehr sie dahin zielte, schon beim ersten Zugang des Kranken unbedingt einen negativen W. zu erreichen, desto größer die Zahl und länger die Dauer der negativ Gebliebenen.

In dieser Beziehung schienen mir die Sklerosen, besonders mit noch negativem W., dann die gruppierten Formen der späteren Sekundärperiode und die Hautgummen am ehesten beeinflußbar zu sein.

Einige der am längsten in Beobachtung stehenden nachbehandelten Rezidiven will ich hier erwähnen, schon deswegen, weil sie die Reaktion auf therapeutische Eingriffe demonstrieren.

Digitized by Google

S. P. Nr. 8, Feldwebel J. F., Infektion Oktober 1910, 10 Einreibungen. Am 12. April 1911: Makulöses Exanthem, Skleradenitis nuchalis et inguinalis, W. +++. Therapie: 0,6 S. ig., W. 9. Mai +++, 18. Juli ++, 4. Oktober negativ und so geblieben bis 4. September 1912. An diesem Tage W. ++ bei äußerer Symptomlosigkeit. Therapie: 1,8 NS. iv., 15 Injektionen von Hg. salicyl. W. am 28. November 1912 negativ, am 30. Januar 1913 ++. Therapie: 2,4 NS. iv., 15 Hg. salicyl.-Injektionen. W. 8. April negativ und so bis zum heutigen Tage (1 Jahr) geblieben.

S. P. Nr. 168, Zugsführer J. K., Infektion Ende Juli 1911. Status am 18. September 1911: Das Frenulum in eine geschwürige Masse verwandelt. Leistendrüsen sklerosiert. W. negativ, am 11. Oktober +++. Spärliches makulöses Exanthem, 0,6 S. ig., W. 18. November +++, am 16. Januar 1912 negativ, vom 12. März an positiv. Am 9. Juli 1912 Plaques auf den Tonsillen. 1,8 NS. iv., 120 g Ung. ciner. W. negativ und so bis heute, also über $1^1/_2$ Jahre, geblieben.

Dagegen S. P. Nr. 172, Feldwebel J. W., Infektion 1906, lokal behandelt. Seither keine Erscheinungen. Status am 16. Oktober 1911: Skleradenitis universalis. An der Spitze und den Rändern der Zunge zahlreiche, meist zerfallene, sonst genau begrenzte Plaques. W. +++. Am 19. Oktober 0,6 S. ig., Hg-Kur, W. 8. November +++ und so geblieben. 17. Juni 1912 0,6 S. iv. und 0,6 NS. iv., W. unverändert. Vom 9. April bis 20. Juni 1913 2,4 NS. iv., 160 g Ung. ciner., W. stets unverändert +++.

Ich will hier noch zwei Rezidiven im Sehapparate erwähnen. Die eine betraf eine Neuritis nervi optici dextri, die 20 Monate nach Injektion von 0,6 S. ig. auftrat, die zweite wies neben Papeln und flachen Kondylomen des Skrotums gleichzeitig eine Glaskörpertrübung auf.

Beide Rezidiven besserten sich auf energische kombinierte Behandlung.

Schließlich seien hier noch von den 211 Fällen, die durch 1 bis 3 Jahre unter kontinuierlicher serologischer Kontrolle standen, jene hervorgehoben, die in dieser Zeit keinerlei Rezidiven aufwiesen:

primäre:	(in allem	44	Fälle)	10	ohne	Rezidive	(22,7 %)
sekundäre:	„ „	122	„	15	„	„	(12,3 %)
symptomlose:	„ „	40	„	12	„	„	(30 %)
tertiäre:	„ „	5	„	1	„	„	

Mit Rücksicht auf das späte Auftreten von Rezidiven, sind auch diese Zahlen einstweilen nur relativ zu nehmen. Es sei jedoch bemerkt, daß die meisten dieser Kranken über 2 Jahre rezidivfrei sind.

Ich übergehe nun zur Wirkung des Salvarsans bzw. Neosalvarsans im allgemeinen. Die so zahlreich erschienene Literatur enthebt mich der Aufgabe, hier noch die sinnfällige und überraschende Promptheit in der Beseitigung der klinischen Symptome des Genaueren zu erörtern. In sinnfälligster Weise sah ich diese Wirkung bei einem Falle von Tabes dorsalis mit fast unerträglichen lanzinierenden Schmerzen in beiden unteren Gliedmaßen und Gürtelgefühl. Der Kranke wurde anderwärts mit Bädern, Elektrizität und Massage lange behandelt, bis der positive Rhomberg, Pupillenstarre rechts und die erloschenen Patellarreflexe die

Digitized by Google

Diagnose Tabes erhärteten. Eine energische Schmierkur brachte keine Besserung. Schon nach der vierten NS.-Infusion, im Anschluß an das Hg, schwanden die Schmerzen und heute, nach der neunten Infusion, ist bloß ein kaum merkbares Schwanken beim Stehen auf einem Beine wahrnehmbar. Der Kranke geht seit Wochen anstandslos seiner Beschäftigung nach.

Ich habe den Eindruck gewonnen, daß weder Hg noch Neosalvarsan in der Stärke ihrer Wirkung an das Altsalvarsan heranreichen. Seine klinische Wirkung, besonders auf Lues der Schleimhaut, war geradezu verblüffend. Doch auch das Neosalvarsan zeitigte oft einen auffallenden Erfolg:

S. P. Nr. 1041, Oberleutnant O. P., Iritis luetica. Zerfallene Plaques auf beiden Tonsillen. Skleradenitis universalis, W. +++. Nach der ersten Salizylinjektion Nachlassen der Schmerzen im Auge. Nach 7 Salizylinjektionen sind die Plaques auf den Tonsillen noch immer unverändert. Drei Tage nach der ersten NS.-Infusion sind die Plaques vollkommen geschwunden.

Bei den allwöchentlichen serologischen Kontrollen hatte ich auch Gelegenheit, eine entschieden roborierende Wirkung des AS. zu beobachten. Die Leute, besonders die früher anämisch waren, sahen blühend aus, zeigten Euphorie und hatten das Gefühl, absolut gesund zu sein, so daß es auch den intelligenten Patienten nicht einleuchten wollte, daß ihr Blut „nicht rein" sei.

Eine frappierende Wirkung sah ich in 2 Fällen von Lichen ruber planus.

Den interessanteren führe ich an:

S. P. Nr. 1704, Infanterist M. P., Infektion unbekannt. Nicht vorbehandelt. Status am 17. Oktober 1913: Seborrhoische Papeln der Kopfhaut und Stirne. Papeln im inneren Vorhautblatte und ad scrotum. Condylomata lata ad anum. Skleradenitis universalis, W. +++. Am Nacken, über den Achselhöhlen, in den Ellbogenbeugen, an den Lenden und beiden unteren Gliedmaßen gruppierte, lilafarbene oder dunkelbraunrote, etwas erhabene, wachsartig glänzende, mit deutlicher Delle versehene Schildchen. Am 3. November 0,6 NS. iv. Am 10. November: die Schildchen in oder unter dem Niveau der Haut. Die Farbe schmutziggrau. 26. November und 11. Dezember je 0,6 NS. iv. Am 12. Dezember Lichen planus spurlos geschwunden.

Was nun die störenden Nebenwirkungen des Salvarsans betrifft, so kamen sie hauptsächlich nur nach Altsalvarsan vor. Da sind vor allem die Einwirkungen auf das Zentralnervensystem. Außer den zweien, in meiner früheren Arbeit angeführten, kamen noch 2 vor. Alle 4 nach Altsalvarsan.

S. P. Nr. 245, Vormeister J. K., Infektion Dezember 1911, nicht vorbehandelt. Status am 7. Februar 1912: Makulöses Exanthem, Sklerosenrest im inneren Vorhautblatte, Leistendrüsen links taubeneigroß, derb, schmerzlos. Am 10. Februar 0,6 S. ig. anstandslos vertragen. Schmierkur. Am 27. März 0,4 S. iv. An diesem Tage 37,2, 38,4, 37,4, Gefühl von Kälte.

Digitized by Google

28. März: 37,7—37,7, Kopfschmerzen.

39. März: 37,3—38,0, relatives Wohlbefinden.

30. März 6 Uhr 30 früh Anfall: Schaum vor dem Munde, Pupillen ad maximum erweitert, reagierend, tonisch klonische Krämpfe. 8 Uhr 40 früh Stupor, Erbrechen, nachmittags noch totale Unorientiertheit. Am nächsten Morgen, nach gut verbrachter Nacht, symptomlos. (Der Mann befindet sich derzeit mit einer Luesrezidive auf der Abteilung und hat 2 ig. NS.-Injektionen von 0,6 und 2 ebenso starke intravenöse anstandslos vertragen.)

S. P. Nr. 1663, Hornist S. S., Lues II. Am 21. Oktober 1913 0,6 S. ig. Normaler Verlauf ohne Fieber. In der Nacht zum 24. Oktober einige Durchfälle. Etwa um 7 Uhr früh Bewußtlosigkeit ohne Krämpfe. 37,2, Puls 86, voll, kräftig. Nach zwei Minuten hatte sich der Mann erholt. Tagsüber Mattigkeit, 37,7. Am 25. Oktober 37,2, Status normal. Die nun folgenden Infusionen von 0,6 NS. wurden anstandslos vertragen.

Arsenexantheme kamen 12 vor (7 bereits früher angeführt), alle nach Altsalvarsan. Einen führe ich an:

S. P. Nr. 658, Zugsführer P. S., Infektion August 1912, Status am 30. Oktober: Skleradenitis universalis, papulöses Exanthem, Sklerose im inneren Vorhautblatte. Am 7. November 0,6 S. ig. 12. November: Ausgebreitetes, konfluierendes, scharlachrotes, heftig juckendes Exanthem am ganzen Körper (auch im Gesicht), mit Ausnahme der unteren Gliedmaßen.

13. November: Das Exanthem ist auch auf den Streckseiten der unteren Gliedmaßen aufgetreten.

14. November: Exanthem am Rücken abgeblaßt, an der Dorsalfläche der Hände und Füße konfluiert.

16. November: Exanthem geschwunden.

Herzerscheinungen traten in 7 Fällen auf, darunter 4mal nach NS. und dann nur in Tachykardie bestehend.

Brechreiz, Flimmern vor den Augen, Präkordialangst, Schweißausbruch, Mattigkeit traten in diesem ganzen Umfange in 9 Fällen auf, darunter 8mal nach NS. Doch hielten diese Erscheinungen in voller Stärke nur einen Nachmittag und Abend an.

Am nächsten, spätestens zweitnächsten Tage waren sie bereits alle ohne jede Nachwirkung verschwunden. Diarrhöen, Erbrechen, Eiweiß im Harne, Kratzen im Schlunde, Strangurie, Herpes traten nur vereinzelt und vorübergehend auf.

Temperaturerhöhungen sah ich in etwa der Hälfte der Fälle und zwar von 38,0—38,9 in 106 Fällen, von 39,0—39,9 in 21 Fällen und 7mal 40 oder etwas darüber. Der Rest zeigte Temperaturen bis 37,9 und zwar entweder nach der ersten (intraglutäalen) Dose, oder nach der zweiten (intravenösen). Bei den späteren pflegte sie ganz auszubleiben, ebenso bei den mit S. bzw. NS. behandelten Rezidiven.

Bei der energischen Behandlung der letzteren kam es oft und oft vor, daß Kranke im Verlaufe einer verhältnismäßig kurzen Zeit (3 bis 6 Monate) 8—10 Dosen Salvarsan bekamen, d. h. 4,8—6 g. Trotzdem

Digitized by Google

habe ich nie bei einem der auf der Abteilung behandelten Kranken irgend welche dauernde Schädigung nach Salvarsaninfusionen gesehen, nie irgend welche Abszedierung, Gangrän oder länger dauernde Dienstuntauglichkeit nach intraglutäaler Einverleibung des Mittels. In spätestens 6 Monaten waren die Infiltrate resorbiert, soweit ich mich bei den allwöchentlichen Kontrollen überzeugen konnte. Unterdessen versah aber der Mann seinen Dienst.

An Neurorezidiven sah ich, außer den 4 in meiner früheren Arbeit angeführten, noch 3 nach Altsalvarsan und eine nach NS.

S. P. Nr. 337, Oberleutant V. B., Infektion Juli 1911, nicht behandelt. Oktober 1911 Ptosis links, 0,4 S. iv. und 30 Einreibungen. Wegen konstant positivem W. am 26. April 1912 0,6 S. ig., 30 Einreibungen, November 1912 Ohrensausen, Gefühl der Unsicherheit beim Auftreten, Hörschärfe am linken Ohre herabgesetzt. W. +++. 2,4 NS. iv., 50 Einreibungen, worauf sämtliche Erscheinungen schwanden, nachdem schon nach der zweiten Infusion eine deutliche Besserung eintrat.

S. P. Nr. 430, Offiziersdiener A. L., Infektion unbekannt, Status am 18. Juli 1912: Oedema praeputii, Skleradenitis universalis, Exanthema maculosum. W. +++, Therapie: 0,4 Altsalvarsan 2mal iv., 7 Salizylinjektionen, W. 22. August negativ. Zweiter Zugang 5. Oktober 1912, W. ++, Fazialisparese. Willkürliche und mimische Innervation erfolgt nach links, Ohrensausen. Rechte Lidspalte erweitert, kann nicht geschlossen werden, dabei Bulbus nach oben gerollt. Stirne rechts glatt, kann nicht gerunzelt werden. Beim Exspirium Blähung der rechten Wange, Taschenuhr links auf 1 Meter, rechts auf 5 Meter gehört, nasale Sprache, Patellarsehnenreflexe lebhaft, r>, kein Rhomberg, Gang bei geschlossenen Augen unsicher, Ohrenbefund ohne Belang. Therapie: 4 Infusionen à 0,6 Neosalvarsan, 10 Kalomel. 17. Oktober deutliche Besserung. 4. Dezember Lidspalten gleich, Augenbewegungen frei, Nasolabialfurche links etwas mehr verstrichen, gleicht sich bei Innervation aus. Mimische Innervation beiderseits gleich, Sprache rein. Gang bei geschlossenen Augen vielleicht noch nicht ganz sicher. W. 4. Dezember negativ. Am 13. Februar 1913 W. ++ auf Provokation.

S. P. Nr. 871, Kanonier L. W., vor 6 Jahren Verletzung des Schädels durch Schlag, Infektion Juli 1912. Vor 1 Jahre in einem Zivilspital 1 Salvarsaninfusion, 2 Salizylinjektionen, worauf Schwindel und Ohrensausen auftraten. St. pr. am 1. Januar 1913: Skleradenitis universalis, Papeln an beiden Tonsillen, um den Nabel und im inneren Vorhautblatte. W. +++. Therapie: Schmierkur, 10. Januar 0,6 S. ig., 24. Januar 0,6 Neosalvarsan iv., 25. Januar Durchfälle, 27. Januar Ohrensausen, Schwindelanfälle. R. O. Trommelfell blaß, ohne Reflex, 7 Meter Flüstersprache. Weber zeigt eine Störung im Schallempfindungsapparate. Schwindel- und Drehgefühl. Der Mann macht den Eindruck starker Hinfälligkeit. 3. Februar 0,6 NS. iv., 11. Februar Weber wird nur rechts gehört, links fehlt die Knochenleitung. 13. Februar 0.6 NS. iv., 24. Februar Ohrenbefund gleich, Schwindelgefühl, Unsicherheit im Gehen, mäßiger Nystagmus beim Blick nach rechts, Kalomelinjektionen. 1. März: Seit einigen Tagen kein Schwindelgefühl mehr. Das Stehen bei geschlossenen Augenlidern ausführbar, jedoch unter deutlichen Schwankungen des Körpers. Nervenstatus bis auf Lebhaftigkeit der Reflexe ohne Besonderheiten. 22. März: Weber links fehlend, Schwindelgefühl geringer, ebenso Nystagmus nach rechts. Nach dreimonatlichem Erholungsurlaube dienstauglich eingerückt.

Digitized by Google

S. P. Nr. 1871, Leutnant J. W., Infektion Oktober 1913. Am 13. Dezember: Sklerosis in epithelisatione, Skleradenitis inguinalis. W. ++++, 0,45 NS. iv. Durch 2 Monate blieb nun Patient aus und hatte unterdessen 20 Einreibungen mit Ebaga-Kalomel vorgenommen. Status am 2. März 1914: Ad luem äußerlich symptomlos. W. negativ. Ohrenbefund: Trommelfell blaß, mit Reflex, beweglich. Horschärfe rechts bis 4 Meter, links bis 7 Meter Flüstersprache. Webberscher Versuch: der Ton wird nach links laterisiert. Schwabach: Perzeptionsdauer der angeschlagenen Stimmgabel rechts gegen die Norm auffallend verkürzt. Therapie: Schmierkur mit Ung. ciner. Am 4. März 0,6 NS. ig., 9. März Hörschärfe rechts bis 3 Meter Flspr., links 7 Meter. Starkes Ohrensausen rechts. Weber, Schwabach unverändert. 16. März: Hörschärfe rechts 5 Meter, 19. März 7 Meter, 20. März 0,45 NS. iv., 28. März Ohrensausen nachgelassen. 3. April 0,45 NS. iv., W. negativ. Patient steht noch in Behandlung.

Diese Fälle, besonders der letzte, bestätigen die Regel, daß Neurorezidiven nach geringer Salvarsanbehandlung entstehen und auf eine energische kombinierte Behandlung günstig reagieren.

Das Resultat der allwöchentlichen serologischen Kontrolle, serienweise betrachtet, zeigte, je nach der Energie der Behandlung, ein verschiedenes Bild mit Bezug auf die Dauer des positiven bzw. negativen W. Im großen ganzen wurde die positive WR., mit verhältnismäßig geringen Ausnahmen, auf jede energische Behandlung negativ. In einer großen Zahl der Fälle (Tabellen), besonders nach der intraglutäalen Einverleibung des S. bzw. NS., trat diese Umstimmung erst nach 2 bis 4 Monaten ein. Irgend welch besonderer Einfluß der Vorbehandlung auf den Verlauf der S.-Behandlung bzw. WR. konnte nicht wahrgenommen werden. Nur bei den äußerlich Symptomlosen, schien die geringe oder ganz unterlassene Vorbehandlung einen äußerst hartnäckigen positiven W. zu bedingen. Trotzdem sah ich bei diesen Symptomlosen nie eine klinische Rezidive auftreten.

Aus den mannigfaltigen Bildern im Verlaufe der serologischen Kontrolle (Dauer 1—3 Jahre) ließen sich folgende, am häufigsten vertretene Typen feststellen:

W. beim Zugang positiv, nach der Behandlung negativ und dauernd negativ geblieben.

W. beim Zugang positiv, bis zu einem Jahre negativ, dann positiv, nach der Behandlung negativ und dauernd negativ geblieben.

W. beim Zugang positiv, nach der Behandlung negativ, trotz klinischer Rezidiven negativ, nach der Behandlung weiter negativ geblieben.

W. beim Zugang positiv, trotz Behandlung stets positiv. (Z. B. Lues hereditaria, trotz 240 Einreibungen in einer Folge und 4,8 NS. nicht negativ geworden.)

W. beim Zugang negativ, auf Behandlung negativ und dauernd negativ geblieben.

Digitized by Google

W. beim Zugang negativ, auf Behandlung positiv, auf neuerliche Behandlung negativ und negativ geblieben.

W. beim Zugang negativ, auf Behandlung positiv, trotz weiterer Behandlung positiv.

Diese, überall so wohlbekannte Verschiedenheit im Verlauf der Lues und ihrer Reaktion auf die Behandlung, kann, wie ich glaube, einstweilen nur ihre Erklärung finden in der verschiedenen Virulenz der Spirochäten.

Sie und nicht der Hinweis auf die körperliche Disposition dürfte aufdecken, warum z. B. bei zwei gleichalterigen und gleichkräftigen Kranken (zwei Gendarmen), mit fast gleichen Symptomen und genau derselben Behandlungsweise, diese bei dem einen versagt und bei dem anderen einen bereits zwei Jahre dauernden negativen W. hervorruft. In solche noch ganz unaufgeklärte Tatsachen dürfte nur die Morphologie der Spirochäte Licht bringen.

Während der positive Ausfall der WR. allgemein als Zeichen aktiver Lues bewertet wird, läßt der negative W. keinerlei endgültigen Schluß zu. Ich kann mich jedoch des Eindruckes nicht erwehren, daß es einen graduellen Unterschied in der Bewertung des negativen W. nach vollendeter energischer Behandlung einerseits und dem negativen W. im Verlaufe der serologischen Kontrolle, bzw. längere Zeit nach der Behandlung andererseits gebe. Der erstere zeigt an, daß die Lues derzeit behoben sei, der zweite, daß die Lues mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln derzeit nicht nachweisbar sei. Ich erinnere hier an die provokatorischen S.-Infusionen.

Wurde bei Kranken, welche bereits längere Zeit äußerlich symptomlos waren und negativen W. zeigten, eine solche Infusion vorgenommen, so änderte sich entweder der negative W. und wurde positiv, als Beweis der noch bestehenden Lues, oder er blieb negativ, hoffentlich ein Beweis eines endgültigen Erfolges.

Wurde jedoch bei Kranken mit negativem W. nach eben vollendeter energischer Behandlung eine solche Infusion vorgenommen, so blieb die WR. stets negativ.

Ein Pendant zu dieser Reaktion auf die provokatorische Infusion sah ich im Ergebnis der serologischen Kontrolle zahlreicher Fälle. Im Verlaufe einer Serie negativer Reaktionen traten plötzlich, ohne jeden äußeren Grund, eine oder zwei positive Reaktionen auf, die ohne weitere Behandlung sodann wieder und dauernd negativ blieben. Z. B.:

S. P. Nr. 164, Infanterist I. W., gruppierte Lues. W. 11. Oktober 1911 +++. Am 14. Oktober 0,6 S. ig., Schmierkur, W. 25. Oktober, 21. Oktober 1911, 23. Januar, 19. März, 16. Mai 1912 stets negativ, 10. Juli und 4. Dezember 1912 ++ und äußer-

Digitized by Google

lich symptomlos, ohne jede Behandlung dann 13. Februar, 15. April, 10. Juni, 9. August, 7. Oktober, 3. Dezember 1913, 19. Februar und 26. April 1914 stets negativ.

S. P. Nr. 717, Infanterist L. M. Äußerlich symptomlos bis auf eine Skleradenitis universalis. W. 23. Oktober 1912 negativ, 2,4 NS. 160 g Ung. ciner. W. 17. Januar, 25. Februar, 29. April, 24. Juni 1912 stets negativ, am 2. August ++, 28. Oktober 1913, 14. Januar und 8. April 1914 abermals negativ. (Ich habe mit Absicht einen nur gering und einen energisch behandelten Kranken gewählt.) Diese positiven Exazerbationen betrachte ich als Gegenstück zu den S.-Provokationen, als ob der Körper anzeigen wollte, daß er noch infiziert sei.

Ob der nun folgende dauernde negative W. vielleicht eine Abwehr des Organismus ist, ob solche Fälle nicht eine künftige zerebrale Lues vorbereiten, kann jetzt noch nicht entschieden werden.

Auch negative Exazerbationen im Verlaufe einer positiven Serie kamen vor, doch liegt hier der Gedanke an einen technischen Fehler nahe. Aber auch abwechselnd negative und positive Schwankungen konnte ich in mehreren Fällen beobachten. Daß diese eine noch aktive Lues bedeuten, braucht wohl nicht hervorgehoben zu werden.

Im ganzen habe ich den Eindruck:

Das S. bzw. NS. hat sich auch bei meinem Material als das bislang stärkste Mittel zur Bekämpfung der Lues erwiesen. Die intraglutäale Einverleibung des S. bzw. NS. übertraf in ihrer Wirkungsart und Dauer, durch die Setzung eines Depots, die rascher vorübergehende Wirkung der iv. Infusion.

Die Dosierung des S. ist eine weitgehende, und nur eine energische Behandlung zeitigte günstige Resultate und zwar am ehesten dann, wenn schon beim ersten Zugange des Kranken, besonders bei primärer Lues, ein negativer W. erreicht werden konnte.

Eine lückenlose und jahrelang fortgesetzte serologische Kontrolle, die abermalige Einleitung der Behandlung bei positivem Ausschlage dürften eine Grundbedingung sein in der Weiterbehandlung der Lues. Bei dauernd negativem W. müßten von Zeit zu Zeit provokatorische Salvarsaninfusionen vorgenommen werden.

Prof. Max Wolters †.

Am 21. Mai starb in Rostock der ordentliche Professor für Dermatologie Max Wolters. Wenn seinen Freunden zwar seit Jahren bekannt war, daß Wolters an einem chronischen Nierenleiden krankte, dessentwegen er schon im November 1913 einen längeren Urlaub angetreten hatte, so war doch mit einem so jähen Ende des arbeitsfreudigen Mannes nicht gerechnet worden. Hatte er doch sein Leiden, dessen Schwere er kannte, mit philosophischer Ruhe getragen und seine Pflichten sowohl im Beruf wie in der Wissenschaft mit der peinlichsten Gewissenhaftigkeit erfüllt.

Digitized by Google

Der eigentliche Grundzug von Wolters' Wesen, durch welchen der Mensch, der Gelehrte Wolters sein Gepräge erhielt, war die absolute Zuverlässigkeit; auf seinen Charakter wie auf seine wissenschaftlichen Angaben konnte man sich unbedingt verlassen. Seiner Art entsprach es, gründlich zu arbeiten, nicht aber auf dem Markt sich hervorzudrängen. Deswegen ist der Schmerz um den Hingang des herrlichen, edlen Mannes und verdienstvollen Forschers ein tiefer, und stets wird sein Andenken in wehmutvoller Trauer geehrt werden!

Max Wolters war am 5. September 1861 zu Bonn als Sohn des Pastors Albrecht Wolters geboren; sein Vater starb 1878 zu Halle a. S. als Professor und Mitglied des obersten Gerichtshofes für geistliche Angelegenheiten. Wolters besuchte die Gymnasien zu Bonn und Halle und studierte Medizin in Bonn, wo er 1888 promovierte und 1889 das Staatsexamen bestand. 1889 und 1890 war er Assistent am anatomischen Institut in Bonn, nachher an der dermatologischen Universitätsklinik unter Doutrelepont. 1892 habilitierte er sich und wurde 1897 zum Professor ernannt. Ostern 1902 wurde er zum Direktor der neuen Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten in Rostock ernannt, 1904 wurde er daselbst zum ordentlichen Honorarprofessor und 1912 zum ordentlichen Professor ernannt.

Seine Arbeiten waren zunächst anatomischer Natur, wie überhaupt die exakte Histologie seinen Arbeiten den höchsten Wert verlieh. Seine Dissertation behandelte die angeborene spastische Gliederstarre und spastische Kontrakturen. Aus seiner Anatomenzeit stammen die Arbeiten: „Zur Kenntnis der Grundsubstanz und der Saftbahnen des Knorpels" und über „Die Konjugation der Sporenbildung bei Gregarinen". Von seinen zahlreichen dermatologischen Arbeiten ist vor allem die meisterhafte Bearbeitung der „Mykosis fungoides" in der großen Monographie der Bibliotheca medica zu nennen. Von den anderen seien erwähnt: Viszerale Lepra, Inokulationslupus, Lokale Veränderungen nach intramuskulärer Injektion von Hydrargyr. salicyl., Bacillus leprae, Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie, Epithelioma adenoides cysticum, Hämatogener Lupus, Multiple Myome der Haut, Eigentümliche Veränderungen der Haut über einer Meningozele, Hautaffektionen nach Gebrauch von Aureol, Veronalexantheme, Naevus epitheliomatosus sebaceus capitis, Über urtikarielle Erkrankungen, Über die Ätiologie der Syphilis (Wolters war der erste, der im Ovarium eines hereditär syphilitischen Kindes Spirochäten fand), Über das Ehrlichsche Heilmittel. Noch im vorigen Jahre bearbeitete er meisterhaft im Handbuche der allgemeinen Pathologie des Kindesalters den Abschnitt: Hauterkrankungen im Kindesalter. Zahlreiche Dissertationen seiner Schüler zählen zu den besten und gründlichsten, welche in den letzten Jahren geliefert worden sind.

Die Übersicht zeigt, wie Wolters in allen Gebieten seines Spezialfaches unermüdlich schaffte, und läßt den Verlust, welchen die wissenschaftliche Dermatologie durch seinen frühen Hingang erlitten hat, schmerzlich empfinden. W. Wechselmann-Berlin.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Juni 1914.

Originalbericht von Dr. Oskar Sprinz-Berlin.

1. Rosenthal hält als stellvertretender Vorsitzender einen Nachruf auf Wolters-Rostock.

2. Zernik zeigt ein jetzt 6 Monate altes Kind mit **Urticaria pigmentosa congenita.** An den Extremitäten und am Stamm — besonders am Rücken — finden sich

Digitized by Google

zahlreiche, bis bohnengroße Effloreszenzen von rosaroter bis brauner Farbe. Ab und zu kommt es auch zur Blasenbildung über den Flecken. Teils handelt es sich um einfache Flecke, teils um flache Papeln, die das Gefühl eines derben Infiltrates hinterlassen. Die von Sprinz vorgenommene histologische Untersuchung einer Papel bestätigte die Diagnose. Es fand sich ein reiner Mastzellentumor in selten schöner Ausbildung im papillären Teile der Kutis. Die Mastzellen liegen dichtgedrängt in der charakteristischen, säulenförmigen Anordnung. Besonders die Kapillaren sind mit Mastzellen dicht besetzt.

3. Hoffmann demonstriert a) eine Frau mit **Mykosis fungoides.** Anamnese o. B. Beginn vor 7 Jahren unter starkem Jucken mit der Bildung von Flecken und derben Infiltraten. Die Tumoren sind teils glatt, teils papillomatös. Blutbild o. B., innere Organe gesund. Keine Drüsenschwellung. Histologisch findet sich das Epithel verbreitert und zeigt stellenweise Leukozytendurchwanderung. In der Kutis liegen Infiltrate aus Rundzellen, Zellen mit großem ovalem und rundem Kern, Zellen mit mehreren Kernen. Die Infiltrate sind scharf abgesetzt und finden sich besonders um die Gefäße herum. Das prämykotische Stadium zeigt histologisch gewisse Abweichungen vom eigentlichen Ekzem.

Ledermann: Der schließliche Ausgang der Mykosis fungoides ist trotz der vorübergehenden Heilerfolge stets Tod durch Marasmus.

b) **Lichen nitidus.** Histologisch ergab sich kein tuberkulöser Bau, sondern nur Infiltrate aus Rundzellen. Das Knötchen gruppierte sich — was sehr selten ist — um eine Schweißdrüse.

c) Fall von **Lupus erythematodes** der Nase mit **lupoiden Einlagerungen,** bedingt durch sehr dichte Rundzelleninfiltrate. Keine Plasmazellen, sonst für Lupus erythematodes typischer Bau.

4. a) Kaufmann-Wolff zeigt mehrere Fälle einer **Pilzerkrankung der Hände und Füße,** einer Affektion, die man früher wohl als Dyshidrosis aufgefaßt hatte. Befallen sind besonders die Interdigitalräume, wo die Krankheit sich ganz charakteristisch ausdehnt. Die Wärmeentwicklung in den Interdigitalräumen, besonders in dem vielfach geschlossen gehaltenen III. Interdigitalraum, scheint dem Wachstum der Pilze günstig zu sein. Das Leiden kann jahrelang fortbestehen; im Winter tritt meist spontane Rückbildung ein. Es kommt zur Mazeration der Epidermis und Bildung wasserheller Bläschen. In den Bläschen lassen sich nur selten Pilze nachweisen, dagegen gelingt der histologische Nachweis von Pilzen in der Epidermis. Dabei ist der Pilz stark pathogen in der Reinkultur. Bei Übertragung auf Tiere kommt es zur Bildung von Granulationsgeschwülsten. Der Pilz scheint zur Gruppe des Trichophyton equinum zu gehören. Eine Selbstinokulation mit dem Pilze gelang, doch zeigte sich klinisch nur eine Schuppung, wohl aber war der Pilzbefund positiv. Bisher wurde die Affektion 29 mal bei Frauen, 1 mal beim Manne beobachtet.

Rosenthal: Wir haben das Krankheitsbild bisher als Ekzema intertriginosum aufgefaßt. Vielleicht ist dies auch stets zuerst da, und geben erst die pathologischen Produkte den Pilzen Gelegenheit zur Ansiedlung. Vielleicht spricht der Verlauf der Selbstinfektion bei Kaufmann-Wolf ebenfalls für diese Annahme.

Kaufmann-Wolff: Daß die Pilzerkrankung das Primäre ist, ist schwer zu beweisen. Dafür spricht jedenfalls, daß man sie auch an wohlgepflegten Händen findet und der prompte Erfolg der Jodtherapie. Bei mir fehlt die Disposition zur Erkrankung.

b) Fall von **Trichophytie der Nägel.** Die Nagelplatten sind außerordentlich weich, die distalen Enden sind am stärksten befallen.

Heller legt Präparate von Trichophytie des Nagels vor, wo man die Pilzelemente

Digitized by Google

im Schnitt sehr deutlich erkennen kann. Eine Kultur gelang auch in diesem Falle nicht. Nageltrichophytie ist sehr selten.

5. Lederrmann zeigt einen 19jährigen Patienten mit **juveniler Paralyse** auf kongenital-luetischer Basis. Bemerkenswert ist, daß schon die Mutter des Kranken an Paralyse litt. Hier ist juvenile Paralyse zu diagnostizieren auf Grund der vorhandenen reflektorischen Pupillenstarre, der Sprachstörungen und des Verfalls der Intelligenz. Vortragender begründet seine Diagnose gegenüber den anderen hier in Betracht kommenden Affektionen des Zentralnervensystems. Lederrmann sah bisher 21 Fälle schwerer, kongenital luetischer Nervenerkrankungen, darunter einige wie der vorliegende, wo schon die Eltern schwere Erkrankungen des Nervensystems aufwiesen. Die Möglichkeit neurotroper Spirochätenstämme ist nicht von der Hand zu weisen. Die kongenital-luetischen Kinder sollten einer fortlaufenden Kontrolle mittels Serumreaktion unterzogen werden, damit bei positivem Befund sofort energisch behandelt werden kann.

Lipman-Wulf und Rosenthal bringen Fälle von juveniler Paralyse, die ebenso wie der vorgestellte Fall sich plötzlich bei bis dahin intelligenten jungen Menschen ausgebildet hatten, zur Sprache.

6. H. Isaac zeigt einen älteren Mann, dessen Haut mit Effloreszenzen übersät ist, die aus lauter kleinen Knötchen bestehen von brauner bis schwärzlicher Farbe. Patient litt mit 19 Jahren an einer venerischen Affektion, die damals wohl für Lues gehalten worden war. September 1913 erkrankte Patient mit hohem Fieber und schweren Allgemeinstörungen. März dieses Jahres kam das Exanthem zum Vorschein. Nunmehr gab der behandelnde Arzt Arsen. SR. stark positiv. Es handelt sich um Fourniers **Syphilis nigricante.** Die Syphilis des Patienten ist erst unter der Behandlung nigricante geworden. Patient bekam 3 Neosalvarsaninfusionen à 0,3 g und Schmierkur. Die tuberösen Effloreszenzen sind im Rückgange.

Tomaszewsky hält eine frische Syphilis für vorliegend.

Rosenthal: Der Fall gehört zur Syphilis pigmentosa.

7. Heller stellt einen jungen Mann vor mit zirkumskripter Sklerodermie **(Morphoea)** an der Schläfenhaut. Der Herd hat Dreimarkstückgröße.

8. Pinkus zeigt histologische Präparate und Wachsplattenmodell eines Tumors, der von einer Prostituierten herstammt, die wegen ihrer Lues wiederholt und energisch behandelt worden war, aber an den Genitalien immer wieder Knötchen bekam, die zunächst für Papeln gehalten wurden. Die Untersuchung ergab einen **Tumor,** der wahrscheinlich **von den Talgdrüsen** ausgeht; es sieht aus, als ob der Tumor aus dem oberen Teil des Follikels hervorgegangen wäre. Das Haar mündet in den Tumor aus.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. 21, Heft 6, 1914.

Über Lichen sclerosus der weiblichen Genitalien, von C. A. Hoffmann-Berlin. Nach genauer Beschreibung der nicht so seltenen Affektion erfahren wir das histologische Bild der Lichen sclerosus: Veränderung des Bindegewebes, verstrichener Papillarkörper, Lückenbildung an der Korium-Epidermisgrenze, vereinzelte, wenig geschlängelte, starre Gefäße; in den tieferen Koriumschichten am Rande der Affektion nach oben aufsteigend die Rundzelleninfiltrate, die häufchenweise angeordnet gewissermaßen den Herd umgeben.

Digitized by Google

Über syphilitische Primäraffekte der behaarten Kopfhaut, von P. Paul Müller-Neuenahr. Die Lokalisation der extragenitalen Primäraffekte verteilt sich über alle Regionen des Körpers. Der häufigste Sitz der extragenitalen Initialskleresen ist der Kopf, mit Ausnahme der behaarten Kopfhaut, wo diese Sklerosen sehr selten auftreten. Verfasser schildert den Fall eines 8 Wochen alten Säuglings, bei dem die Sklerose angeblich durch einen Kuß hervorgerufen wurde. Die Therapie ist dieselbe wie bei genital akquirierter Lues: die kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung, allerdings bei Säuglingen anders als bei Erwachsenen, intraglutäale Injektion von 0,1 Neosalvarsan alle 7 Tage, außerdem wöchentlich eine Sublimatspritze intraglutäal 1 bis 2 mg 6 bis 8 Wochen lang.

Beitrag zur Kenntnis der tertiären anorektalen und vulvären Syphilis, von Karl Vignolo-Lutati-Turin. Ein sehr interessanter Fall einer 30 Jahre alten Patientin mit perinealem Exanthem, Papillome um die Analöffnung, mit unregelmäßig warziger Oberfläche über die ganze Raphe perinealis und an den großen Labien sich erstreckend, welche bis zur Regio pubica angeschwollen waren. Diese Geschwülstchen waren auch in der Vulva. Wassermann war negativ. Trotzdem antisyphilitische Kur. Nach zwei Monaten überraschende Besserung.

Über eine zweckmäßige Kombination von Quecksilber und Salvarsan zur wirksamen Behandlung angeborener Syphilis, von Erich Hoffmann-Bonn. Zuerst Sublimatinjektion von 0,001, nach 4 Tagen 0,05 Neosalvarsan intraglutäal, und dann mit je siebentägigem Abstand 0.002 Sublimat und 0,1 Neosalvarsan in 1 ccm sterilem Wasser, im ganzen bis zu 8 Quecksilber- und 6—7 Neosalvarsanspritzen. Die Kur wird gut vertragen, die Beseitigung der Erscheinungen erfolgt sehr schnell und ebenso der Umschlag des positiven Wassermann ins negative Stadium. Chrzelitzer-Posen.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Juni 1914.

Das Kromayer-Licht in der Behandluug gewisser Hautkrankheiten, von A. Schuyler Clark-New York. Verfasser tritt warm für die von Kromeyer vor etwa 10 Jahren eingeführte verbesserte Quecksilberlampe ein, die in den Vereinigten Staaten noch zu wenig bekannt sei, und bespricht an der Hand von 30 behandelten Fällen deren Vorteile bei einer Anzahl von Hautkrankheiten, wie Lupus vulgaris und erythematosus, Naevus vasculosus, Psoriasis, chronischem Ekzema usw. Er nennt das Kromayer-Licht das wirksamste Mittel gegen Naevus vasculosus; es hält ferner in jeder Beziehung den Vergleich mit dem Finsen-Licht bei der Behandlung des Lupus vulgaris aus und ist ein wirksames und sicheres Mittel gegen Lupus erythematosus, der mit einer ganz geringen Narbenbildung geheilt wird. Bei der Behandlung des chronischen Ekzemas, speziell wenn es parasitärer Natur ist, bedeutet das Kromayer-Licht ein wirksames Hilfsmittel, bei Psoriasis dient es dazu, rasch entstellende Herde zu entfernen. Bei Akne, Furunkulosis, Follikulitis, Skrofuloderma, Alopecia areata, Tuberculosis verrucosa cutis hat es sich ebenfalls als nützlich erwiesen.

Warum wir mit der Allgemeinbehandlung der Syphilis bis zum Auftreten von Sekundärerscheinungen warteten, von Hermann G. Klotz-New York. K. steht trotz der unzweifelhaften Fortschritte, welche mit der Entdeckung des Syphiliserregers bezüglich der Diagnose gemacht wurden, noch immer auf dem Standpunkte, mit der Allgemeinbehandlung bis zum Ausbruch der Sekundärerscheinungen zuzuwarten. Seine Erfahrungen lehrten ihn, daß jene Fälle, wo man dies Verfahren einschlug, schließlich den günstigsten Verlauf zeigten, daß unter diesen Bedingungen der gleichsam normale

Digitized by Google

Verlauf des Leidens am wenigsten gesteigert wurde, daß nachfolgende Erscheinungen milderen Charakters waren und Spätsymptome seltener beobachtet wurden. Frühzeitige Behandlung verhütete hingegen nicht das gelegentliche Auftreten von Sekundärerscheinungen, nur kamen sie dann später, unregelmäßiger und in schwereren Formen, Rückfälle waren häufiger und zeigten größere Resistenz gegen die gewöhnlichen Behandlungsmethoden. Die jetzt viel erörterte Annahme, daß eine frühzeitige Behandlung mit Salvarsan allein oder mit Quecksilber kombiniert eine Abortivkur darstelle, also innerhalb weniger Monate dauernde Heilung bringe, kann nicht weiter mehr aufrecht erhalten werden, nachdem von erfahrenen und vorurteilslosen Männern der Wissenschaft mit Recht betont wird, daß genügend lange Zeit noch nicht verlaufen ist, um eine solche Annahme als unzweifelhaft gelten zu lassen. Unter keinen Umständen kann dem Patienten mit dem Zuwarten ein großer Schaden erwachsen, da die Verzögerung (der Behandlung) höchstens auf einige Wochen sich erstreckt, bis der Beweis der Erkrankung ein genauerer ist. In Tausenden von Fällen erwies sich diese Methode nicht nur als weniger gut, sondern gab sogar befriedigendere Resultate als jene der sofortigen Behandlung. Solange wir nicht eine genaue Kenntnis der Lebensgeschichte der Spirochäte besitzen, ist es ratsam, eine Anzahl von Fällen ohne Behandlung vor dem Auftreten von Sekundärerscheinungen zu belassen. Diese Fälle sollten durch eine Reihe von Jahren auf den Charakter und die Dauer der Frühsymptome, auf die Häufigkeit und die Zeit des Auftretens von Späterscheinungen, speziell von Neurorezidiven und von Tabes und Paralyse, wenn möglich in Vergleich mit einer selben Anzahl von Fällen, wo die Behandlung von den Sekundärerscheinungen, aber nach dem Auftreten einer positiven Wassermannschen Reaktion begonnen wurde, beobachtet werden. Wie groß der Prozentsatz von Heilungen sein mag, ist natürlich sehr schwer festzustellen, da er von der Anwendungsweise des Quecksilbers und bis zu einem gewissen Grade von den sozialen Verhältnissen des Patienten abhängt. Immerhin hält sich Klotz bei dem heutigen Stande der Behandlung für berechtigt, 75—80% Dauerheilung, d. i. Freisein von allen syphilitischen Erscheinungen und deren Folgen auf Lebenszeit, annehmen zu können, Schließlich möchte K. es für verdienstvoller erklären, die Spirochäte eher in bezug auf die klinischen Erscheinungen der Krankheit, welche mit so scharfer Beobachtungsgabe erklärt worden sind, und sicher durch die Entdeckung des Syphiliserregers oder durch Salvarsan in nichts sich geändert haben, zu studieren.

Mykosis fungoides, bei einer Negerin vorkommend, von Bernard Wolff-Atlanta. In Anbetracht der Seltenheit des Leidens bei Negern — es sind nur zwei Fälle (von Strobel und Hasen) bis jetzt beschrieben worden — bringt W. eine genaue Schilderung seines, eine 30jährige Negerin betreffenden Falles. Bei derselben traten etwa neun Jahre früher zum ersten Male zahlreiche schuppende Flecken an Gesicht und Nacken auf, verschwanden, um nach Ablauf mehrerer Monate wieder reichlicher und auch auf die obere Körperhälfte sich erstreckend, zu erscheinen und den nämlichen Verlauf wie das erstemal mit Jucken usw. zu nehmen. Immer wieder traten solche Rezidive auf, bis vor etwa zwei Jahren die schuppigen Stellen verdickt und über die Haut geschwulstartig erhaben wurden und in besonders großer Ausdehnung an der Brust oberhalb der Mammae, am Halse, dem Gesäße vorhanden waren; Beine, Füße und Gesicht sind frei von diesen Geschwulstbildungen. Im ganzen betrachtet ähnelt die Eruption Herden veterierter Psoriasis vom rupoiden Typus und zum Teile den Papeln und hypertrophischen Herden des Lichen planus, mit einem bizarren Bilde von Tumoren vermengt; bei näherer Besichtigung ist aber genannte Ähnlichkeit nur eine scheinbare. Das histologische Bild entspricht dem für Mykosis fungoides charakteristischen und die tieferen Strukturen, die mit dem als Lymphangioma hypertrophicum von Ziegler be-

Digitized by Google

schriebenen Änlichkeit haben, sprechen für die Möglichkeit einer (späteren) malignen Degeneration.

Dermatitis herpetiformis mit einer vorübergehenden pemphigusähnlichen Eruption, von Henry Kennedy Gaskill-Philadelphia. Während im allgemeinen es nach Duhrings klassischer Beschreibung der Dermatitis herpetiformis feststeht, daß dieses Hautleiden ständigen Veränderungen von einem Typus zum anderen unterliegt, vesikulöse Formen z. B. bald pustulöse werden oder umgekehrt, ist bis jetzt von einer Umwandlung der Pusteln in wirkliche Blasen keine Erwähnung geschehen, weshalb G. den von ihm beobachteten Fall dieser Art, der einem wirklichen Pemphigus in hohem Maße ähnelte, als einzigen unter 16 in den letzten fünf Jahren beobachteten Fällen von Dermatitis herpetiformis der genaueren Beschreibung für wert hält. Bei der 42 jährigen Patientin (Russin) war das Hautleiden, bestehend aus einer papulös-vesikulösen Eruption am Rücken, Armen und oberem Teile der Brust, unbeeinflußt von jeglicher Behandlung, unter zeitweise heftigem Jucken zwei Jahre lang vorhanden gewesen, bis plötzlich am linken Unterschenkel eine Gruppe großer Blasen und dann weitere, bis zum Knie sich erstreckend und vermischt mit Papeln und Pusteln, auftraten; dieser Zustand hielt etwa zehn Tage an, ward beträchtlich durch eine Schwefelsalbe gebessert und der Blasenausschlag damit schließlich ganz beseitigt, während die übrigen Hauterscheinungen weiter bestanden, ja sich noch weiter auf Gesicht und Unterextremitäten ausbreiteten und der Allgemeinzustand der Patientin sich wesentlich verschlechterte.

Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

April 1914.

1. Hat die positive Wassermannsche Reaktion absoluten Wert? von J. Nicolas und J. Gaté. Negative Wassermannsche Reaktion spricht nicht gegen Syphilis; die Verfasser legten sich nun die Frage vor, ob positive Reaktion immer für Syphilis spreche. Sie haben ihre Untersuchungen an einem für die Wichtigkeit der Frage doch herzlich geringfügigen Materiale angestellt: an 40 Syphilitikern und 63 Nichtsyphilitikern. Sie fanden bei ersteren im selben Verhältnis wie andere Verfasser positive Reaktion; diese sahen sie in sehr unregelmäßiger Weise durch die spezifische Behandlung beeinflußt, so daß sie nicht als Richtschnur für die Therapie gelten kann. Auch die Reaktivierung gelang nur in sehr unregelmäßiger Weise. Unter den 63 Kontrollfällen fanden die Verfasser 24 mal positive Reaktion, d. i. 39%, sie schließen daher, daß auch Leute ohne jedweden Verdacht auf Syphilis positiv reagieren können, ohne daß man bei ihnen stets eine übersehene Infektion annehmen könne. Bei diesen Leuten ist daher die Reaktion in größeren Abständen zu wiederholen; wiederholter positiver Ausfall spricht stärker für Syphilis, doch bleibt für die Verfasser immer noch ein Zweifel übrig. Unter diesen positiv reagierenden Fällen sind aber einige, die doch an Syphilis denken lassen, wie Beingeschwüre, Ikterus, weicher Schanker. Daß Lepra positiv reagiert, ist lange bekannt. (Die Verfasser denken wohl nicht daran, daß diese auffallenden Resultate an der Technik und an der Ablesung liegen können. Mir scheint es, daß sie mit der Bestimmung „positiv" zu freigebig sind. Angaben wie „très faiblement positive bzw. negative" gehen meines Erachtens zu weit. D. Ref.)

2. Erworbene Syphilis und inneres Ohr, von P. Rigaud. Durch die merkwürdigen Ertaubungen im Laufe der Salvarsanbehandlung ist erst in intensiverer Weise die Aufmerksamkeit auf die syphilitischen Erkrankungen des inneren Ohres gezogen worden. Man kann zwei Erscheinungsformen bei ihnen unterscheiden: eine reine Form,

Digitized by Google

bei der nur das Ohr (Akustikus, Labyrinth, Kerne) befallen ist, und eine Kombination mit anderen Lähmungen basaler Hirnnerven. Ist nur das Ohr befallen, so hat man zwischen der kochlearen und vestibulären, oder der kochleo-vestibulären Form zu differenzieren. Dazu kommt noch die Kombination der genannten Erscheinungsweisen mit einer Entzündung der Akustikusscheiden und eine Erkrankung der Kerne. Die Symptome können ganz brüsk auftreten; doch ist diese Plötzlichkeit meist nur scheinbar, da gewöhnlich schon Prodrome in Gestalt kurzdauernder Ohrgeräusche, Kopfschmerzen, Schwindel usw. aufgetreten sind. In der Mehrzahl der Fälle aber ist der Verlauf ein langsam progressiver, über mehrere Jahre sich erstreckender.

Die kochleare Form manifestiert sich subjektiv durch mehr oder weniger ausgeprägte Schwerhörigkeit und Ohrgeräusche, welche verschiedenen Charakter zeigen können (Grillenzirpen, Lokomotivenlärm usw.). Objektiv findet man Perzeptionstaubheit (Weber, Rinne usw.). Die Knochenleitung wird meist in rapider Weise hochgradig gestört; die Luftleitung ist ebenfalls geschädigt, doch oft nicht so stark wie die Knochenleitung. Äußerst wichtig, besonders für die Diagnose einer beginnenden Taubheit, ist die Untersuchung des Hörfeldes. Die vestibulare Form ist subjektiv charakterisiert durch Erbrechen, Ohrensausen, Kopfschmerzen und Schwindel. Die Erscheinungen können insultartig eintreten oder auch sich allmählich entwickeln. Manchmal können sie auch ganz fehlen. Objektiv findet man die verschiedenen Formen von Nystagmus: spontaner, rotatorischer, kalorischer, galvanischer und pneumatischer Nystagmus. Zu diesen Erscheinungen kommen die Gleichgewichtsstörungen. Die gemischte, kochleo-vestibuläre Form ist die häufigste. Meist überwiegen die kochlearen Erscheinungen, doch können auch beide parallel gehen. Im weiteren Verlauf schwinden jedoch teilweise die vestibulären Symptome, da andere Apparate die fehlende vestibuläre Funktion übernehmen, während das Vestibulum affiziert bleibt. Die kochleare Funktion bleibt aber mehr weniger definitiv lädiert.

Ist die Erkrankung des Ohres mit einer entzündlichen Affektion der Akustikusscheiden kombiniert, so findet man allgemeine meningitische Symptome, wie Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, zerebrales Erbrechen usw., ferner Liquorveränderungen. Solche kochleo-vestibuläre Affektionen mit Liquorveränderungen wurden schon vor der Salvarsanära beobachtet. Von Kernerkrankungen liegen nur vereinzelte Beobachtungen vor. Von den anderen Hirnnervenlähmungen tritt die Fazialislähmung am häufigsten in Kombination mit Taubheit, und zwar sowohl bei den sogenannten Neurorezidiven wie bei Fällen ohne vorangegangene Salvarsanbehandlung. Demnächst kommt die Okulomotorius- und Optikusaffektion. Stets sind bei diesen Fällen Liquorveränderungen nachzuweisen.

Die häufigste der besprochenen Formen ist die kochleo-vestibuläre; dann kommt die kochleare, die Kombinationen und zum Schlusse die vestibuläre Form. Bei den Neurorezidiven sind kochleo-vestibuläre und Kombinationsformen am häufigsten.

Die Affektionen des inneren Ohres verlaufen entweder rapid bis zur Taubheit oder hochgradigen Schwerhörigkeit, oder der Zustand nimmt nur langsam an Intensität zu. Besserung durch Behandlung ist nur zu erwarten, wenn die Affektion noch ganz im Beginne ist; ältere Fälle sind fast aussichtslos. Die Neurorezidive sind dagegen der Therapie leichter zugänglich. Es gibt auch rezidivierende Formen. Bei den kombinierten Erkrankungen heilen die Lähmungen der anderen Nerven meist aus, während die Taubheit bestehen bleibt.

Was den Zeitpunkt des Auftretens der Erscheinungen am Ohre im Verlaufe der Syphilis betrifft, so zeigt sich, daß sie am häufigsten im vierten Krankheitsmonate beobachtet werden die Neurorezidive erfolgen meist im dritten bis sechsten Monate. Als

Digitized by Google

prädisponierende Ursachen kann man schwere Syphilisform (Verfasser verficht auch den Einfluß des Kopfschankers), ungenügende Behandlung und vorhergegangene Ohrleiden ansehen. Die Schädigung des Gehörorgans durch die Syphilis kann auf zweierlei Wegen erfolgen: indirekt durch Kompression, durch Gummen, Hyperostosen usw. und direkt durch primäre Affektion des Organs. Bei letzterem Modus kann das Labyrinth oder der Nerv affiziert sein; bei ersterem sind es lediglich entzündliche Veränderungen der Labyrintharterien; der Nerv kann direkt durch die Spirochäten oder auf dem Umwege über eine Arteriitis erkranken.

Im weiteren bespricht Verfasser die Genese der Neurorezidive und kommt zu dem Schlusse, daß sie den anderen syphilitischen Erkrankungen des inneren Ohres analog sind. Dementsprechend ist auch die Therapie. Bei frischer Syphilis und kurz bestehender Taubheit ist die Prognose günstig, im anderen Falle ungünstig. Die Liquorkontrolle ist notwendig.

3. Myeloide Leukämie und Syphilis, von A. Nanta. Nachdem Verfasser bereits über Beobachtungen von lymphatischer Leukämie bei Syphilis berichtet hat, bringt er nun folgende Krankengeschichte: Eine 54jährige Frau, die eine syphilitische Infektion leugnet, war vor 12 Jahren wegen ausgedehnter Knochengummen behandelt worden; seit zwei Jahren merkt sie das Auftreten eines Tumors im Leibe, doch kam sie nur wegen Durchfällen zur Behandlung. Es fand sich eine enorm vergrößerte, sehr derbe Milz; die Leber war auch vergrößert, beide stark höckerig. Die Blutuntersuchung ergab eine ausgesprochene myeloide Leukämie. Durch eine spezifische Kur wurde die Milz bedeutend verkleinert, doch blieb die Blutveränderung bestehen. Verfasser weist, ohne eine Schlußfolgerung ziehen zu wollen, auf die vorangegangene Knochenaffektion und auf die Milzerkrankung hin. Richard Frühwald-Leipzig.

Clinica dermosifilopatica della R. Universita di Roma.

Februar 1914.

1. Lymphadenitis gummosa, von R. Campana. Verfasser beschreibt genau acht Fälle von syphilitischer Späterkrankung der Lymphdrüsen. Die erkrankten Drüsen saßen meist seitlich am Halse; es war entweder nur eine befallen oder, was häufiger der Fall war, mehrere. Dann waren sie oft durch ein Zwischengewebe miteinander verklebt, so daß sie nicht deutlich voneinander zu isolieren waren. Die Verkäsung beginnt meist in der Kapsel; über den zerfallenen Drüsen erscheinen Hautulzerationen als Endstadium des unbehandelten Prozesses. Meist waren noch andere syphilitische Erscheinungen, entweder auf der Haut oder in inneren Organen zu finden. Die Individuen befanden sich gewöhnlich in einem herabgekommenen Zustande. Histologisch fand sich vor allem ein dichtes Leukozyteninfiltrat, sowohl in der follikulären, wie in der kavernösen Partie. Zwischen den Leukozyten nur ein geringfügiges Retikulum.

2. Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut nach dem Passieren saurer oder alkalischer Medien, von Galimberti. Verfasser hat Röntgenstrahlen durch saure und alkalische Lösungen filtriert und ihre Wirkung auf die photographische Platte und auf die Meerschweinchenhaut studiert. Er fand, daß sie nach Durchtritt durch alkalische Medien viel schwächer auf die Haare wirken; diese fallen in geringerer Zahl aus und behalten ihr normales Aussehen. Werden aber die Strahlen durch saure Medien gefiltert, so fallen die Haare leichter aus und erscheinen weniger glänzend und wie aufgefasert. Diese Befunde sprechen auch dafür, daß die Wirkung der Röntgenstrahlen mehr chemischer als physikalischer Natur sind.

3. Arteriosklerose und Syphilis, von R. Campana. Bei vielen Patienten mit

Digitized by Google

sekundärer Syphilis finden sich arteriosklerotische Veränderungen der kleinen und kleinsten Gefäße. Es ist nicht unbedingt sicher, daß diese syphilitischer Natur sind, doch spricht das überwiegende Vorkommen bei Syphilitikern doch für einen Zusammenhang. Diese Arterienerkrankung findet sich in der Haut und Schleimhaut, dann in sezernierenden Organen, wie Nieren und Leber, in Organen mit innerer Sekretion, im Zentralnervensystem und in den Ganglien, sowie am Herzen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1914, Heft 1.

Das Heft enthält den Sitzungsbericht der 15. Versammlung der Italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilidologie. Das erste Thema betraf Salvarsan; als erster Referent spricht M. Truffi über **Salvarsan in der Syphilistherapie.**

Seine Schlußsätze sind: Die beste Anwendungsart des Salvarsans ist die intravenöse, und zwar die Infusion diluierter Lösungen; die konzentrierten Injektionen dürften aber, falls sich keine besonderen Schäden herausstellen, ihrer Einfachheit halber die Methode der Wahl werden. Subkutane Injektionen sind nur ausnahmsweise anzuwenden. Die Giftigkeit des Salvarsans ist an und für sich nicht groß, doch wird sie durch schwere organische Läsionen erhöht. Beim Tiere bewirken toxische Dosen dieselben anatomischen Veränderungen, die bei den Todesfällen beschrieben wurden. Salvarsan wird im allgemeinen rasch ausgeschieden; Arsen wird in der Leber, kaum im Nervensystem aufgespeichert. Im Organismus wirkt Salvarsan stickstoffsparend, auf die Gefäße ungleichmäßig (Blutdruckerniedrigung, Bradykardie), auf das Blut kaum hämolytisch. Konstant ist eine geringe Leukozytose. Das Mittel scheint eine antiparasitäre Wirkung auf die Spirochäten zu haben; die Herxheimersche Reaktion dürfte auf deren Endotoxine zurückzuführen sein. Die Nebenwirkungen von Salvarsan werden mit der Verbesserung der Technik seltener werden; teils sind sie als Herxheimersche Reaktion aufzufassen, teils beruhen sie auf einer Überempfindlichkeit des Organismus. Diese ist durch Läsion der Organe bedingt, denen die Aufspeicherung oder Ausscheidung des Salvarsans obliegt. Die Todesfälle sind zum Teil unabhängig, zum Teil abhängig von der direkten Salvarsanwirkung; in letzterem Falle sind sie oft durch organische Läsionen bedingt. Die Hirnnervenlähmungen sind syphilitischer Natur. Kontraindikationen sind schwere Erkrankungen der Nieren, Leber, des Zirkulationsapparates. Man soll mit kleinen Dosen anfangen und allmählich steigen, wenn keine Intoleranzerscheinungen auftreten; die Dosis von 0,01 pro Kilogramm Körpergewicht soll nicht überschritten werden. Die Injektionen sollen 5—15 Tage auseinanderliegen.

Salvarsan in der Syphilistherapie. Therapeutische Resultate und Indikationen, von G. Verrolti. V. faßt seine Ausführungen in folgenden Schlußsätzen zusammen: Bei konstitutioneller Syphilis bleibt Quecksilber das Haupttherapeutikum, bei gummöser Syphilis ein Hilfsmittel; die chronisch intermittierende Behandlung erscheint noch immer als die beste. Den Arsenobenzolen, Alt- und Neosalvarsan, kommt dagegen bloß der Rang eines „Ausnahmemittels" zu, das für bestimmte Indikationen reserviert bleibt. Als solche sind zu nennen: 1. die ulzerösen Formen der malignen Syphilis, bei der Salvarsan ein großes Betätigungsfeld findet; 2. jene Fälle, bei denen Quecksilber nicht vertragen wird oder sich als wirkungslos erweist; 3. Affektionen innerer Organe (Herz, Nieren, Nerven usw.), bei denen Quecksilber schädlich wirken kann. Die bisherigen Erfolge geben aber noch keine sicheren Beweise dafür, daß man mit Salvarsan bessere Erfolge erzielen kann als mit den alten Mitteln. In den Fällen, wo sich Sal-

Digitized by Google

varsan als wirkungsvoll erwiesen hat, ist aber stets die Kombination mit Quecksilber zu empfehlen. Diese Kombination kann im primären Stadium die Bedeutung einer Abortivkur haben; die bisherigen Resultate sind zwar noch nicht konstant, immerhin aber ermutigend genug, um weitere Untersuchungen in dieser Hinsicht zu veranlassen.

Klinisch-statistischer Bericht über die therapeutischen Resultate mit Salvarsan, von D. Majocchi. Ebenso wie sein Vorredner kommt M. zu dem Schlusse, daß es noch nicht bewiesen sei, daß Salvarsan die Syphilis im Beginne austilgen könne und daß deshalb an der chronischen Behandlung durch 3—4 Jahre festgehalten werden müsse. Da es auch nicht allein mit der Krankheit fertig werde, muß es mit Quecksilber kombiniert werden. Mit Hilfe dieser Kombination hat Verfasser in seiner Klinik ausgezeichnete Resultate erzielt: Salvarsan wirkt prompter und kräftiger, Quecksilber aber langsamer und dauernder. Ohne die Überlegenheit des Salvarsans proklamieren zu wollen, ist Verfasser doch der Ansicht, daß in ihm ein mächtiges Antisyphilikum gefunden wurde, auf das der Arzt nicht verzichten sollte.

Die Wassermannsche Reaktion und ihre klinische Bedeutung bei Syphilis, von A. Pasini. Die Schlußsätze des Referates lauten: Die Wassermannsche Reaktion muß unter zahlreichen Kautelen angestellt werden und verlangt daher einen in der Immunitätsforschung ausgebildeten Arbeiter; die angegebenen Vereinfachungen können die Originalmethode nicht ersetzen. Die Reaktion ist wissenschaftlich noch nicht geklärt; nur das eine ist sicher, daß sie keine Immunitätsreaktion ist. In allen Stadien der Syphilis ist sie von großer diagnostischer Bedeutung, besonders aber bei inneren, chirurgischen usw. Erkrankungen. Besonders wichtig ist sie aber für die Erkennung der latenten Syphilis, namentlich für die Fragen der Heirat Syphilitischer, der Ammen und der Erbsyphilis. Es hat sich auch bereits ergeben, daß die gesunden Mütter syphilitischer Kinder, wie auch die gesunden Kinder kranker Eltern nur latent syphilitisch sind. Die Wassermannsche Reaktion ist nicht spezifisch; doch sind die Erkrankungen, die positives Resultat geben können, so verschieden von Syphilis, daß die Reaktion praktisch doch spezifisch ist. Die Reaktion kann durch eine spezifische Kur negativ gemacht werden und bildet daher ein Kriterium für den Effekt einer Therapie; es geht auch daraus hervor, daß die Wassermannsche Reaktion als ein Symptom der Syphilis aufzufassen ist. Der negative Ausfall, zumal bei wiederholter Untersuchung, spricht für einen günstigen Verlauf der Infektion; doch darf man seinetwegen die übliche 3—4jährige Kur nicht aufgeben. Der positive Ausfall nötigt zu energischer Weiterbehandlung. Der Nachweis virulenter Spirochäten bei Metasyphilis, der syphilitischen Genese des Aortenaneurysmas zwingen zu der Annahme, daß der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion auch bei jahrelangem besten Wohlbefinden für eine heimliche Zerstörungsarbeit der Spirochäten spricht. Deshalb muß man, selbst wenn sehr lange kein Symptom von Syphilis in Erscheinung getreten war, solche Individuen mit positivem Wassermann sorgfältigst im Auge behalten und behandeln; denn die oben genannten Krankheiten erscheinen nach jahrzehntelanger Latenz und sind dann meist der Therapie nicht mehr zugängig. Richard Frühwald-Leipzig.

Zeitschrift für Urologie.

Bd. 8, Heft 6, 1914.

Die Grenzen der Nephrektomie, von Legueu-Paris. Die Frage der Nephrektomie ist von dem Zahlenwert der Konstante oder der Maximalkonzentration abhängig. Die letztere hängt von der Qualität des Nierenparenchyms ab, während die Konstante von der Qualität und Quantität des sekretorischen Parenchyms abhängt. Solange die Konstante unter 0,100 ist, sind die Nieren wenig verändert.

Digitized by Google

Über die chirurgische Behandlung der Hypospadie, von Pousson-Bordeaux. Der Verfasser gibt eine neue Operationsmethode, die, nach den beigegebenen Zeichnungen zu urteilen, zu schönen Resultaten führt.

Zwei neue Gesichtspunkte in der Frage der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose, von Frank Kidd-London. Der Operation haften noch gewisse Mängel hinsichtlich der Diagnose an; weil infolge der Reizbarkeit Zystoskopie und Katheterisation der Ureteren oft unmöglich ist, und ferner kann durch Infektion der Wunde und Fistelbildung eine vollständige Wiederherstellung verzögert werden. Es gelingt oft durch rektale und vaginale Untersuchung die Erkrankung des Ureters zu erkennen, andernfalls legt der Verfasser beide Ureteren bloß. Um Fistelbildung zu verhüten, nimmt der Verfasser tuberkulöse Nieren und Ureteren mit der Fettkapsel und der perirenalen Faszie heraus.

Zur Diagnose der Enuresis nocturna, von A. Alexejeff. Die Untersuchung durch Zystoskop ergibt, daß die Gefäße parallel zueinander verlaufend erscheinen und an Stelle des scharf umschriebenen Sphinkters mit Längsstreifung man eine schräge Abflachung, auf der rote Faserbündel verlaufen, sieht, die sich nach vorn zu verjüngen und durch ganz dünne weiße Zwischenschichten voneinander getrennt sind.

Über Lipome des Nebenhodens, von H. Wildbolz. Verfasser berichtet über den bisher nicht beschriebenen Fall eines Lipoms des Nebenhodens, den er operiert hat. Eine ausführliche histologische Beschreibung illustriert genau die seltene Beobachtung.

Über einen Fall von schwer zu deutender Niereneiterung, von Hans v. Haberer-Innsbruck. Zu welchen Schwierigkeiten Diagnose und Therapie führen kann, ist aus dem von dem Verfasser genau beschriebenen Falle zu ersehen. Nephrektomie und Behandlung der anderen Niere führten zu keinem Ziel, bis Autovakzine endlich Heilung brachte. Die Beschreibung ist sehr instruktiv.

Ein Fall von Trennung einer Hufeisenniere, von H. Brougersma-Amsterdam. Der Verfasser wendet die von Rovsing inaugurierte Operationsmethode an. Von ungemeinem Nutzen erwies sich die Pyelographie, die ihm mit Sicherheit angab, welche Inzision die empfehlenswerteste war.

Hyperalgische Zonen und Herpes zoster bei Nierenerkrankungen, von C. Adrian-Straßburg i. E. Unter den sensiblen Störungen der Haut erscheint das von Head beschriebene Vorkommen von hyperalgetischen Zonen bei Nierenkrankheiten besonders bemerkenswert. Head gibt auch genau die Bestimmung der überempfindlichen Zonen an. Die Headsche Zone für die Niere und der Ureter entspricht dem Hautbezirk des X., in geringerer Ausdehnung dem des XI. und XII. Dorsal-, sowie des I. Lumbalsegments. Auch zur Erklärung der Herpes zoster bei Nierenerkrankungen muß man die Ergebnisse der Untersuchungen über die segmentale Hautinnervation heranziehen.

Chrzelitzer-Posen.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 5, Nr. 4, 15. April 1914.

1. Dauerresultate der Urethroplastik durch Tunnelierung und Transplantation bei schwerer Hypospadie und Epispadie, von G. Nové-Josseraud. Das vom Verfasser geübte Verfahren besteht darin, daß zuerst die hypospadische Öffnung geschlossen und der Urin durch eine perineale Urethrostomie abgeleitet wird; dann folgt die Urethroplastik und in der dritten Zeit die Vergrößerung der neuen Harnröhre durch innere Urethrotomie und dann Schluß der Perinealfistel. Verfasser hat nun seine Fälle auf die Dauerresultate hin untersucht und bringt kurz die 21 Krankengeschichten. Es zeigt sich, daß von diesen nur zwei mißlungen sind, die übrigen haben sich auf die

Digitized by Google

Dauer bewährt. Die Beobachtungsdauer erstreckt sich auf 6—12 Jahre. Die Funktion ist völlig hinreichend. Einige der neuen Harnröhren haben sich erweitert, andere sind stationär geblieben, ohne aber die Miktion zu behindern, wenn auch das Kaliber etwas geringer ist als normal. Zwei Patienten hatten sogar einen Tripper der neuen Harnröhre. Viermal wurden Verengerungen gefunden, die wahrscheinlich auf eine primär mangelhafte Organisierung der Plastik zurückzuführen ist. Der neue Kanal ist elastisch genug, um die Miktion nicht zu stören. Fistelbildung ist selten. Die Methode erweist sich also als die sicherste bei Hypospadie und Epispadie.

2. Allgemeine Betrachtungen über die Prostata und die Prostatektomie, von Alberto Costano-Buenos-Aires. Verfasser bespricht auf Grund seiner mehrjährigen praktischen Erfahrung verschiedene die Operation betreffende Details, die ihm für den guten Erfolg nützlich erscheinen. Als Anästhetikum benutzt er Chlor- oder Bromäthyl, da sie die wenigsten Beschwerden hervorrufen und keine Organschädigungen bedingen. Bei der Operation ist Schnelligkeit die Hauptsache; deshalb benutzt Verfasser kein ausgedehntes Instrumentarium, sondern lediglich ein Bistouri. Er inzidiert die Blase einzeitig, fährt mit der linken Hand ins Rektum und enukleiert mit dem rechten Zeigefinger die Prostata; die Wunde wird tamponiert und dräniert. Die ganze Operation dauert kaum eine Minute. Verfasser näht weder die Blase noch die Bauchwand, da diese infiziert sind und daher die Nähte vereitern. Seine Methode scheint ihm viel leichter zu einer ungehinderten Heilung zu führen. Die gefährlichste Komplikation ist die Azotomie; enthält der Urin weniger als 8 g Harnstoff, ist die Operation zu unterlassen.

Verfasser wendet sich darauf der Frage zu, ob die Prostatahypertrophie die ganze Prostata oder bloß die periurethralen Drüsen betreffe; er glaubt auf Grund seiner Präparate, daß beide Möglichkeiten vorliegen. Die Enukleation der Prostata kann auf Schwierigkeiten stoßen, wenn sie kongestioniert, weich ist, wenn sich noch kein derbes Bindegewebe entwickelt hat. Die Betrachtungen über die Physiologie der Prostata führen Verfasser zu der Ansicht, daß sie außer der externen Sekretion, die den Spermatozoen die Lebensfähigkeit gibt, noch eine interne Sekretion habe, die die sexuellen Empfindungen anstachelt. Daher kommt auch die Häufigkeit der Impotenz bei chronischer Prostatitis. Die Resultate der Prostatektomie sind als außerordentlich günstig zu bezeichnen.

3. Die abnormalen suburethralen Kanäle, von Fernand Lévy und Victor Planson. Ein 26jähriger Mann akquirierte einen Tripper, der ziemlich rasch geheilt wurde; doch nach einigen Wochen trat an der Unterseite des Penis ein Knötchen auf, aus dem sich stets etwas Eiter entleerte. Später trat weiter hinten eine größere Anschwellung auf, die sich allmählich vergrößerte. Bei der Untersuchung zeigte sich, daß zwischen beiden Knoten ein derber Strang verlief; doch gelang es nicht, diesen in ganzer Ausdehnung zu sondieren. Von der hinteren Anschwellung führte ein Strang nach oben, gegen die Urethra. Man mußte annehmen, daß ein suburethraler Gang vorlag, der von der Urethra nach unten verläuft, nach einer Anschwellung sich nach vorne wendet und unter der Eichel mündet. Das ganze Gebilde wurde exzidiert. Im Anschluß daran besprechen die Verfasser eingehend die pathologische Anatomie, Pathogenese, Diagnose und Therapie der suburethralen Gänge; dies muß im Original nachgelesen werden.

4. Elektrolytische Abortivbehandlung des Trippers, von G. Li Virghi-Neapel. Damit eine Abortivbehandlung des Trippers von Erfolg begleitet sei, müssen verschiedene Bedingungen erfüllt sein. Vor allem muß eine frische Infektion, kein Rezidiv vorliegen. Die verwendete medikamentöse Lösung muß gut diffundierend sein, so daß sie auch in die Submukosa dringt; sie darf ferner nicht kaustisch wirken. Das Diffu-

Digitized by Google

sionsvermögen hängt außer von den chemischen Eigenschaften auch von den Zirkulationsverhältnissen in den Oberflächlichen Schleimhautschichten ab.

Urethroskopische Untersuchungen haben dem Verfasser gezeigt, daß bei einem beginnenden Tripper der untere Teil der Fossa navicularis nur schwache entzündliche Reaktion zeigt; in der Unterwand des Bulbus und in der oberen und unteren Wand des penoskrotalen Teiles ist dagegen die weiche Infiltration stärker ausgesprochen. Stets aber ist die Gegend der Guerinschen Klappe deutlich entzündet. Im vollentwickelten Stadium ist kein Unterschied zu bemerken; war die Urethra schon früher einmal blennorrhoisch erkrankt, so findet man noch einige harte Infiltrate. Die ständige Erkrankung der Guerinschen Klappe ist bemerkenswert, da sie manche rebellische Urethritiden erklären kann. Die Lebensdauer des Gonokokkus auf der Schleimhaut ist nach des Verfassers Ansicht länger als man bisher annahm; denn es ist ihm noch elf Tage nach der Infektion eine Abortivheilung gelungen. Bis zu diesem Termine kann also die Methode versucht werden.

Die elektrolytische Abortivmethode kann auch bei hochgradigen entzündlichen Erscheinungen angewendet werden; kontraindiziert ist sie nur durch außerordentliche Schmerzhaftigkeit der Schleimhaut. Eine besondere Lebensweise, abgesehen von Bier- und Schnapsabstinenz, ist nicht notwendig. Das Verfahren ist folgendes: Zuerst wird die Urethra durch 2%iges Kokain anästhesiert, nachdem sie mit sterilem Wasser gewaschen war; von dem Anästhetikum muß nach 3—4 Minuten sorgfältig jeder Tropfen entfernt werden. Dann injiziert man 5 ccm 4%iges Protargol und führt als negative Elektrode eine Metallsonde mit einer angeschraubten Olive ein und läßt den konstanten Strom durch, bis an der positiven Elektrode ein Brennen entsteht. Gleichzeitig wird die Olive in der Urethra hin und her bewegt, so daß sie mit allen Teilen der Schleimhaut in Berührung kommt; so wird eine chemische, elektrolytische und mechanische Wirkung ausgeübt. Die Sitzung dauert 3—4 Minuten und wird nach 24 Stunden wiederholt. Eine dritte Sitzung hängt von dem mikroskopischen Befunde ab. Nach den Sitzungen nimmt der Ausfluß zunächst zu, dann aber progressiv ab. Die Gonokokken schwinden nach 2—3 Sitzungen.

Nach den genannten Sitzungen folgt eine Beobachtungsdauer, während der täglich Spülungen mit Bromwasser oder sterilem Wasser gemacht werden; alle zwei bis drei Tage wird die Urethra über der Sonde massiert. Gleichzeitig wird die Guerinsche Klappe mit 4%igem Argentum nitricum geätzt. Treten während dieser Zeit wieder Gonokokken auf, so werden wieder zwei elektrolytische Sitzungen vorgenommen. Das ganze Verfahren muß konsequent durchgeführt werden, da jede Unterbrechung die Behandlung illusorisch machen kann.

Verfasser hat mit seiner Methode 100% Heilerfolge gehabt; die Behandlung dauerte in frischen Fällen 12 Tage, in älteren 20—21 Tage. Er kann also die Methode bestens zur Nachahmung empfehlen.

5. Diagnostizierte retrovesikale verkalkte Hydatidenzyste, von Marion. Der 54jährige Patient litt seit 10 Jahren an Tagespollakiurie; vor 2 Jahren gesellten sich nächtliche Pollakiurie, Schmerzhaftigkeit und Erschwerung der Miktion hinzu. Die rektale Untersuchung ergab einen steinharten, billardkugelgroßen Knoten über der Prostata, der das Rektum vorwölbte. Verfasser dachte nun an einen Stein in einem Blasendivertikel, doch zeigte die Zystoskopie nur eine Vorwölbung der Blasenwand. Die neuerliche rektale Untersuchung ließ nun Pergamentkrepitation erkennen. Verfasser nahm nun eine verkalkte Hydatidenzyste an; die Operation bestätigte die Diagnose.

6. Rückfluß des Urins durch den Ureter nach Nephrektomie, von Lévy-Weissmann. Der 32jährige Mann litt an Nierenschmerzen, Harndrang und leichter

Digitized by Google

Hämaturie; es wurde rechtsseitige Nierentuberkulose diagnostiziert. Wegen der Schwäche des Kranken wurde zuerst die Nephrostomie vorgenommen, der nach einer Woche die Nephrektomie folgte. Von der Niere war nur noch eine Papille erhalten, die noch eine gewisse Menge von Harnstoff absondern konnte. Am Tage nach der Operation begann sich aus der klaffenden Ureteröffnung Urin zu entleeren, dessen Menge sich in den folgenden Tagen bis zu 1 Liter steigerte; durch Überführung in die sitzende Lage wurde der Rückfluß beseitigt. Infolge der Anstrengungen der Bauchpresse beim Stuhlgang trat der Harnfluß aus dem Ureter wieder auf und steigerte sich derart, daß schließlich durch fast zwei Wochen aller Urin aus der Wunde, keiner aus der Blase kam. Er verminderte sich wieder bis zur Heilung der Wunde, doch brach diese infolge eines heftigen Hustens wieder auf. Nach den Erfahrungen in der Literatur ist zu hoffen, daß sich die Fistel spontan schließt. Verfasser bespricht dann die bisher bekannten analogen Fälle. Er glaubt, daß der Rückfluß des Urins von verschiedenen Faktoren abhänge; besonders kommen in Betracht heftige Kontraktionen der entzündeten Blase und Erkrankungen der Ureterwand, wodurch die normalen Kontraktionen des Ureters ausfallen, die sonst dem Rückfluß entgegenwirken.

7. Klinischer Beitrag zur experimentellen Polyurie, von E. Pirondini-Rom. Die eingehenden Ausführungen müssen im Originale nachgelesen werden; die Schlußsätze sind folgende: Es hat sich gezeigt, daß die experimentelle Polyurie außer von der Funktion der Niere auch noch von der anderer Organe abhängt und daß sie daher für die Beurteilung der ersteren ungenügend ist. Deshalb ist Verfasser auf den Gedanken gekommen, die experimentelle Polyurie durch die experimentelle Azoturie, durch die provozierte Stickstoffausscheidung, zu ersetzen. Er hat das Verfahren bei verschiedenen Kranken ausprobiert; er geht so vor, daß er diesen 10—20 g Harnstoff in 350 bis 500 ccm destillierten Wassers verabreicht und dann durch 2 Stunden den Urin fraktioniert auffängt und auf Harnstoff untersucht. Die vorläufigen Befunde ergeben, daß beim Normalen die Harnstoffausscheidung in der ersten halben Stunde rasch ansteigt, in der zweiten ihren Höhepunkt erreicht, worauf sie dann in der dritten rapid sinkt und dann allmählich mehr zur Norm zurückkehrt. Die experimentelle Azoturie hängt wahrscheinlich mehr von der Funktionstüchtigkeit der Niere ab, als die Polyurie; daher gibt sie auch genauere Resultate als diese. Die Kurve der Wasserausscheidung und die der Harnstoffausscheidung zeigen oft beträchtliche Differenzen; besonders wurde dies bei der interstitiellen Hepatitis gefunden.

8. Wie soll man das Blut für die Wassermannsche Reaktion gewinnen? von Alfred Lévy. Vorschriften für die Blutentnahme und die Versendung des Blutes.

Richard Frühwald-Leipzig.

Revue clinique d'Urologie.

März 1914.

1. Die sogenannten Prostatiker ohne Prostata, von Nicola Carraro. Es gibt Patienten, die, im Alter der Prostatiker stehend, unter denselben Erscheinungen erkranken, die die Prostatahypertrophie macht. Die nächtlichen Miktionen nehmen an Häufigkeit zu, die Miktion ist erschwert, der Strahl schwach; dann gesellt sich des Tags Dysurie hinzu, die Blase entleert sich nicht mehr völlig, und schließlich kommt es zur Retention mit allen ihren Folgen. Bei der Untersuchung findet man nach Ausschluß eines nervösen Leidens die Urethra normal, die Prostata ebenfalls normal, ohne Hypertrophie. Das sind die Prostatiker ohne Prostata. Man erklärte sich dieses eigentümliche Mißverhältnis zwischen schweren Erscheinungen und objektivem Befund auf verschiedene Weise: die einen nahmen auf Grund histologischer Befunde an, daß die

Digitized by Google

Retention in Arteriosklerose der Blase und in Zunahme des Bindegewebes der Blasenwand ihre Ursache habe; andere sahen den Grund in leichten prostatischen Veränderungen usw., doch konnte diese Annahme nicht alle Fälle erklären. In letzter Zeit wurde dann auf Grund klinischer und anatomischer Befunde die Ansicht ausgesprochen, daß auch diese Kranken Prostataadenome hätten, wenn auch nur minimaler Natur; diese wurde dann bestätigt, da nunmehr auch die Prostatiker ohne Prostata zur Operation kamen.

Verfasser beschreibt dann mehrere Fälle, die mit den erwähnten Beschwerden der Prostatahypertrophie zur Behandlung kamen und bei der Rektaluntersuchung eine völlig normale Prostata zeigten. Die Zystoskopie deckte jedoch bei ihnen allen kleine Adenome auf, die den Blasenhals deformierten. Durch die Operation wurden alle Patienten geheilt. Verfasser weist darauf hin, daß bei den Fällen von vesikalem Prostatismus eine eingehende zystoskopische Untersuchung meist noch ein Adenom ergeben wird; die Zystoskopie ist deshalb unumgänglich, bevor man die Diagnose: Prostatismus ohne Prostata stellt. Die Operation darf nur auf hypogastrischem Wege vorgenommen werden, da man sonst nicht alle kleinen Adenome entfernen kann.

2. Einige Bemerkungen über Nephrolithiasis, von Le Clerc-Dandoy. Verfasser berichtet ausführlich über mehrere Fälle von Nierensteinen, ihre Diagnose und Operation. Wichtig ist die Röntgendurchleuchtung, da sie meist auch angibt, welche Operationstechnik anzuwenden ist. Die Operation der Wahl ist die Pyelotomie, da die Inzision des Beckens heilt, ob sie genäht ist oder nicht. Die Nephrotomie ist die Operation der Not. Von den beobachteten Symptomen war der von einem kongestiven nephritischen Schube abhängige Nierenschmerz bemerkenswert, der in die Flanken ausstrahlte. Einmal war auch Krepitation der Steine zu beobachten. Interessant ist die Zystoskopie bei Nephrolythiasis; es findet sich zumeist die Uretermündung dilatiert, der Rand gerötet und gewulstet. Das Fehlen dieses Symptoms soll sogar Ureter- oder Nierensteine ausschließen, doch hat es keine absolute Geltung.

3. Harnröhrenplastik durch Transplantation eines Stückes der Vena saphena interna, von Cealic. Der Patient, früherer Blennorrhoiker, litt seit 4 Jahren an erschwerter Miktion; als er den bulgarischen Krieg als Kavallerist mitmachte, steigerten sich die Beschwerden bedeutend und es entstand ein Urinabszeß. Dieser wurde inzidiert und die äußere Urethrotomie versucht; diese gelang auch mit retrogradem Katheterismus nicht und Patient verließ mit einem Blasenkatheter das Spital. Nachdem sich die Fistel geschlossen hatte, urinierte er wieder durch die Harnröhre, doch nur mit größten Beschwerden. Verfasser resezierte deshalb die kallösen Partien und stellte die Urethra wieder her, was wegen der sklerotischen Beschaffenheit des Bindegewebes nur teilweise gelang. Die neue Urethra wurde zwar leicht sondiert, doch konnte Patient nicht urinieren; die Urethroskopie ergab, daß an Stelle der Striktur ein Narbengewebe bestand, das sich nach Herausziehen des Tubus zusammenlegte und so die Harnröhre verschloß. Deshalb wurde die sklerotische Partie der Urethra exzidiert und durch ein Stück der Vena saphena interna, das in physiologischer Kochsalzlösung aufbewahrt worden war, ersetzt; der Urin wurde perineal abgeleitet. Die Operationsfolgen waren glänzend; der Kranke kann vorzüglich urinieren, seine Harnröhre ist leicht dilatierbar.

4. Die Pathologie der Samenbläschen, von M. Palazzoli. Verfasser bespricht die Histologie der Samenbläschen, ihre normale Entwicklung und ihre Anomalien: einseitiges und beiderseitiges Fehlen, Verschmelzung, Verdoppelung, Kommunikation mit dem Ureter, Atrophie.

5. Sexuelle Störungen psychischer Natur, von A. Wizel. Bespricht die Pseudoimpotenz, die psychasthenische und neurasthenische Impotenz.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die Anwendung der filiformen Dusche bei einigen Dermatosen, von Veyrières. (Gaz. des eaux, 1913.) Verfasser beschreibt zunächst den Apparat zur Erzeugung der filiformen Dusche. In einen Behälter wird Luft eingepumpt, bis sie unter 6 Atmosphären Druck steht; durch diese komprimierte Luft wird die Flüssigkeit, die durch Dampf auf einer gleichmäßigen Temperatur gehalten wird, ausgetrieben. Durch ein feines Röhrchen wird sie filiform auf die Haut gebracht. Verfasser sah gute Erfolge bei Teleangiektasien der Rosazea und bei Herden von Keratosis pilaris, sowie bei Lichen planus und Sklerodermie. Den besten Effekt hatte das Verfahren bei lokalisiertem Pruritus und bei zirkumskripter Neurodermitis chronica. Auch bei Lupus erythematosus konnte er Heilung erzielen. Bei lichenifizierten Herden von Psoriasis war die filiforme Dusche ein gutes Hilfsmittel. Richard Frühwald-Leipzig.

Indikationen der Mineralwässer bei Dermatosen und Syphilis, von L. Brocq. (Paris méd., April 1912.) Besprechung der französischen Heilquellen, die bei Hautaffektionen und bei Syphilis in Betracht kommen. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Einige Resultate aus weiteren Erfahrungen mit Kohlensäureschnee, von R. Morton-London. (Lanc., 21. Juni 1913.) Im allgemeinen findet Verfasser seine Mitteilungen, die er vor etwa 3 Jahren über den Gebrauch von Kohlensäureschnee publiziert hat, durch die weiteren Beobachtungen bestätigt. Für Nävi ist dies Mittel die beste uns zu Gebote stehende Waffe; wenigstens 70% der Läsionen werden damit geheilt. Allerdings sind die als „Port wine stain" bekannten Feuermale sehr häufig auch gegen dieses Agens refraktär. Bei Lupus vulgaris werden gelegentlich mit dieser Methode sehr gute Resultate erzielt, doch sind andere Behandlungsarten derselben wohl gleichberechtigt. Besonders nützlich ist der Schnee bei kleinen Überresten von chronischem juckendem Ekzem, indem der Juckreiz prompt beseitigt und das Abheilen sehr gefördert wird. Für Ulcus rodens leistet das Verfahren oft vortreffliche Dienste, ebenso bei Warzen. Was die Technik betrifft, findet Morton die meisten speziell für diesen Zweck angegebenen Apparate umständlich und überflüssig. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Bei der am 6.—9. Oktober in Baden bei Wien stattfindenden Tagung des **Zentralverbandes der Balneologen Österreichs** mit der **Zentralstelle für Balneologie** hat das Referat über Behandlung der Harnorgane Posner-Berlin, das über Hautkrankheiten Luithlen-Wien übernommen.

Nach den letzten statistischen Ausweisen über die **Lepra in Norwegen** betrug Ende 1910 die Zahl der Erkrankten 323 (137 Männer, 186 Frauen). Von 1906—1910 kamen 211 Todesfälle an Lepra vor, und zwar 128 bei Männern und 83 bei Frauen.

Prof. Gustav Riehl wurde für das Studienjahr 1914/15 in den akademischen Senat der Wiener Universität gewählt.

Geh. San.-Rat Dr. Joseph Eichhoff, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung in den Städt. Krankenanstalten zu Elberfeld, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. Juli 1914 | Nr. 29 | Band 59

Aus der dermatologischen Abteilung der medizinischen Hochschule in Nagasaki.

Über den Favus der unbehaarten Haut in Japan mit besonderer Berücksichtigung der bakteriologischen Untersuchung.

Von

Prof. Dr. T. Aoki.

(Mit 7 Abbildungen.)

In der Regel kommt der Favus auf der behaarten Haut, besonders auf dem Kopfe, der der bevorzugte Sitz des Favuspilzes zu sein scheint, vor. Zuweilen findet sich der Favus aber auch auf der unbehaarten Haut, meist neben Kopffavus, selten ganz selbständig. Diese letztere Art des Favus vor allem ist in Japan sehr wenig beobachtet worden, während der Favus auf der behaarten Haut in Japan heute noch ziemlich stark verbreitet zu sein scheint; wir können nämlich aus der in Japan bestehenden Literatur dieser Krankheit das Vorhandensein von vielen Fällen auf der behaarten Haut (12 Fälle von Sh. Dohi, Ohno, Takahashi, Hamano, Ogawa, Inouye, Sei, K. Takahashi, Fujitani, 3 Fälle von Okamura und auch meine 14 Fälle) konstatieren. Auch nach den Statistiken, die aus verschiedenen Kliniken Japans erschienen, sind diese Fälle durchaus nicht vereinzelt (siehe Tabelle).

Unter diesen vielen Fällen ist nur einer, nämlich ein Fall Okamuras, wo es sich um Favus am Hodensack eines 28jährigen Chinesen handelt, der damals erst vor zwei Wochen aus seiner Heimat in unserem Lande eingetroffen war. Nach seiner Mitteilung ist es wohl ganz zweifellos, daß dieser Patient schon früh in seiner Heimat diese Krankheit bekam.

Art	Jahr	Summe der Hautkranken	Krankenzahl	Prozent
In der Tokyo-Universitätsklinik	1899—1909	41983	77	0,19
In meinem Hospital	1905—1911	4525	4	0,09
Im Mitsui-Hospital	1909—1910	907	6	0,66
In der Kyoto-Universitätsklinik	1908	2805	9	0,32
In der Kyoto-Hochschulklinik	1897—1899	3583	25	0,66
In der Osaka-Hochschulklinik	1907—1911	8646	11	0,13

Digitized by Google

Auch war das Krankheitsbild nicht mit dem auf der unbehaarten Haut auftretenden, sondern mit dem von Haaren durchbohrten, skutulaähnliche Auflagerungen besitzenden, auf der behaarten Haut auftretenden Favus fast identisch. Man kann daher mit Sicherheit behaupten, daß OKAMURAS Fall nicht zu dem in Japan, sondern zu dem in China und zwar zu dem auf der behaarten Haut auftretenden Favus gehört. Leider fehlt bei seiner Mitteilung die bakteriologische Untersuchung. Ich kann infolgedessen hier nicht feststellen, ob es Mäusefavus (Achorion Quinckeanum) war oder nicht, bei dem die behaarte Haut immer ganz frei bleibt und nur ein beschränkter Bezirk auf der unbehaarten Haut von der Krankheit befallen wird.

Im Gegensatz zu Japan ist der Favus auf der unbehaarten Haut, welcher wahrscheinlich von favuskranken Mäusen auf die unbehaarte Menschenhaut übertragen und von vielen Autoren als durch den α-Pilz QUINCKES erregt bezeichnet wird, in Europa weit öfter beobachtet worden. PAULUS fand unter 201 Favusfällen 79 Fälle am unbehaarten Körper, CHIAPPA unter 137 Fällen nur 3 Fälle ausschließlich auf unbehaarter Haut, GLÜCK unter 200 Favuspatienten 3mal Favus des Stammes. Nach BERNHARDT kam in Warschau nur 1 Favusfall unter 176 Fällen auf unbehaarter Körperstelle vor, nach LORENZ in Greifswald unter sieben Fällen 2. Neuerdings fand ADAMSON eine mit Favus behaftete Maus in dem Schlafzimmer eines favuskranken Kindes, dessen Wange typische Skutula aufwies, von denen das Achorion Quinckeanum ausging. Ferner konnte er Kulturen desselben bei einem Knaben und noch in 2 derartigen Fällen züchten. TOMASCZEWSKI demonstrierte die Kulturen des Achorion QUINCKES (Mäusefavuspilz), die von dem Ausschlag an der Stirn eines 8jährigen Mädchens stammten, in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft. CHAJES demonstrierte auch diese Kulturen von dem Ausschlag eines mit Mäusefavus behafteten Kranken und berichtete, daß in dessen Umgebung (Geschäft) 14 andere ähnliche Erscheinungen vorgekommen seien und die dort gefangenen Mäuse räudig aussähen. Auch sagte BLOCH, daß in Basel das Vorkommen des Mäusefavus beim Menschen häufig sei und SEQUEIRA züchtete Kulturen von Achorion Quinckeanum (Mäusefavus) von einem 5jährigen an Körperfavus erkrankten Mädchen und HAVAS teilte Fälle von auf dem Unterschenkel sitzenden Favus mit. HOFFMANN berichtete d. Niederrh. Ges. f. Natur- und Heilk., Bonn, 7. Nov. 1912, einen Fall am oberen und unteren Augenlid, auch GUKEWITSCH in der Dermatologischen Gesellschaft in Odessa über ein 13 Monate altes Kind mit sehr verbreitetem Favus am Körper. Auch der Favus der Nägel wird in neuester Zeit aus Europa öfter gemeldet, während derselbe in Japan kaum zu existieren scheint. HOFFMANN demonstrierte

Digitized by Google

in der Gesellschaft der Charitéärzte 2 Fälle von Nägelfavus; bei dem einen kommt er an mehreren Fingernägeln vor, wo er jedenfalls durch Übertragung des Pilzes von der früher erkrankten Kopfhaut, nämlich durch Autoinokulation, entstanden ist. Im zweiten Fall kommt er auf zwei Fingernägeln vor, wo er trotz langen Bestehens und der ständigen Gelegenheit der Autoinokulation doch nicht zur Erkrankung anderer Nägel oder des Kopfes geführt hat. Im März 1906 demonstrierte Wechselmann in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft einen Mann mit Favus des Kopfes und Nägelveränderungen. Auch Hallopeau und François haben einen sich auf die ganze Kopfhaut und auf die Fingernägel erstreckenden Favusfall mitgeteilt.

Aus diesen Berichten ersehe ich, daß der Favus an den unbehaarten Stellen wahrscheinlich in Europa öfter vorkommt, als man in der Regel glaubt, während derselbe in Japan bis jetzt sehr wenig beobachtet wurde. Auch habe ich selbst zahlreiche Mäuse geprüft, um zu konstatieren, ob und wie sehr der Favus unter ihnen verbreitet ist. Das Resultat meiner Prüfung war ganz negativ. Von den wesentlich auf der unbehaarten Haut auftretenden Favusfällen wurden in Japan bis jetzt nur zwei beobachtet.

Den ersten Fall, welcher von dem Herde am Kopf auf die unbehaarte Haut per continuitatem oder durch Kratzen usw. übertragen worden zu sein scheint, demonstrierte Inouye von der dermatologischen Universitätsklinik zu Tokyo (Vorstand: Prof. Dr. K. Dohi) auf dem XIII. Dermato-Urologischen Kongreß zu Tokyo am 5. April 1913.

Sein Fall ist der eines 19jährigen Fräuleins, der durch Verwendung eines verunreinigten Rasiermessers in einer Barbierstube hervorgerufen worden war. Die weißen, zirkumskripten, runden, scheibenförmigen, stark abschuppenden, juckenden Effloreszenzen traten zuerst auf dem Kopf auf. Bevor das Mädchen 16 Jahre alt war, waren dieselben selbst auf dem Kopf nicht so stark verbreitet, aber seit dem 17. Jahre vermehrten sie sich und führen durch Kratzen einerseits zu nässenden Herden, andererseits zur Krustenbildung. Endlich sind die spezifischen, gelben, im Zentrum gedellten Skutula stellenweise zu sehen. Als das Mädchen 19 Jahre alt war, waren diese Effloreszenzen zuerst auf die Schulter übergegangen, dann nach und nach auch auf die oberen und unteren Extremitäten und verbreiteten sich endlich fast über den ganzen Körper. Leider fehlt auch seine Mitteilung bakteriologischer Untersuchungen.

Der zweite Fall, den ich anfangs Feb. 1914 in meiner Poliklinik selbst konstatierte, hat die folgende Krankheitsgeschichte.

T. K., 7 Jahre alter Knabe, von Geburt an gesund. Bisher wurde in seiner Familie kein Favusfall oder eine favusähnliche Erkrankung beobachtet. Weil seine Eltern sehr arm waren, so wurde die Reinlichkeit bei ihm vernachlässigt. Nach Angabe seiner Mutter waren bis Mitte Mai 1912 keinerlei Hautkrankheiten auf seinem Kopfe zu bemerken, erst im Sommer dieses Jahres erschienen ohne nennenswerte Veranlassung einige weiße, ab und zu gelbe Pünktchen ergebende Auflagerungen auf dem Scheitel und gingen bald

Digitized by Google

von hier exzentrisch weiter. Seit dem Herbst letzten Jahres traten einige Plaques an dem hinteren Nacken und dann schubweise neue Effloreszenzen in der Umgebung dieser Primitivherde auf. Seit zwei Monaten auch an dem rechten Vorderarm. St. praesens: Ein gut genährter, lebhafter Knabe. Allgemeinbefund: Ganz normal. Auf den ersten Blick finden wir auf dem Kopf scheibenförmige, von Haaren durchbohrte Auflagerungen weißlichgelber, bröckliger Massen, zwischen denen und in deren Umgebung einzelne Skutula deutlich zu erkennen sind. Die Haare sind glanzlos, wie bestäubt, aber brechen nicht ab und stecken in Büscheln beisammen.

Auf dem Nacken und auf dem rechten Vorderarm sind typische Auflagerungen, teils noch mit weißen Epidermisschuppen und zusammengeflossenen, monströsen, bröckligen Massen bedeckt, in denen oder an deren Rande man kleinste, schwefelgelbe Skutulabildungen findet, teils mit schon leicht pigmentierenden Flecken, die im Verlauf der Zeit verschwinden; geheilt ohne irgend welche Narbenbildung (Fig. 1). Durch vorsichtige Beobachtungen kann man sogar an einigen Stellen verschiedene, münzenförmige, etwas gerötete Flecke wahrnehmen, welche zuweilen einen ausgeprägten Bläschenkreis in ihrer Peripherie entwickeln und bald in der Mitte desselben eine mäßig starke Abschuppung verursachen. Im Skutulum sieht man eine große Menge der Favuspilze in verschiedenster Entwicklung und Anordnung.

Fig. 1.

Behandlung: Nach Beseitigung der mit in Oleum olivarum getränkten Flanelllappen erweichten Auflagerungen ist die Waschung mit lauer Sublimatlösung und weichen Kaliseifen vorgenommen worden, dann die Behandlung mit Vakzine[1]).

10. III. 1914. Subkutane Injektion von 0,5 ccm abgetöteter Pilzemulsion.

Zur Herstellung der Pilzemulsion wurden meist 4 Wochen alte Kulturen auf Maltosebouillon verwendet, die der Skutula dieses Patienten entstammten. Dieselben werden filtriert, um den Filtrierrückstand zu gewinnen, und dieser wird mit physiologischer Kochsalzlösung gründlich ausgewaschen, dann 5 Tage hindurch je 5 Stunden in Autoklaven sterilisiert, dann zu 5 % mit 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung verrieben.

---

[1]) Nach den von mir bis jetzt angestellten vier Versuchen mit Vakzine und auch nach den diesbezüglichen Mitteilungen Perssons und Inouyes ist es nicht zu leugnen, daß die Vakzinebehandlung auf den Verlauf der Favus einen günstigen Einfluß hat. Weil jedoch die negative Phase sehr schwach ist, so scheint es mir richtig zu sein, daß ihre Wirkung für die Heilung sehr einflußarm ist. So bedurfte der Patient bei Persson 77maliger, bei Inouye 33maliger und in meinen Fällen 20—25maliger Injektion, um nur die Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen. Natürlich genügen diese Fälle noch nicht, um den Wert der Vakzinebehandlung festzustellen und einen definitiven Schluß zu ziehen. Jedoch ist die Vakzinebehandlung des Favus ein sehr interessantes Problem.

Digitized by Google

11. III. 1914. Objektiv keine Veränderung, auch an der Injektionsstelle; nur diese bis gestern abend etwas empfindlich.

15. III. 1914. Wieder Injektion (5 ccm).

19. III. 1914. Ohne irgend ein Verschwinden der Erscheinung am Herd. Injektion (1 ccm).

25. III. 1914. Injektion (1 ccm). Gonidien in Skutula zahlreich. Diese Züchtung positiv.

15. IV. 1914. Bis heute noch 6malige Injektion (jedesmal 1—1,5 ccm).

Erst Verkleinerung der Auflagerung und Verschwinden der Infiltration der Herde an der unbehaarten Haut, besonders an dem hinteren Nacken, aber Züchtung der Gonidien aus diesen Skutula positiv.

20. IV. 1914. Injektion (2 ccm). Noch ohne irgend ein Verschwinden der Erscheinungen am Herd auf dem Kopfe.

23. IV. 1914. Injektion (2 ccm). Etwas Neigung zum Schwinden von Infiltration am Kopfherd.

Auflagerungen auf dem hinteren Nacken fallen stellenweise ab.

25. IV. 1914. Diese, fast abgefallen, hinterlassen glatte, pigmentierte Flächen. Die Injektion wird noch in meiner Behandlung fortgesetzt.

Nach den klinischen Untersuchungen scheint es mir richtig zu sein, daß bei meinem Fall der Erreger des Kopffavus auf der unbehaarten Haut per continuitatem oder durch Kratzen usw. übertragen worden war. Jedoch kann man auch behaupten, daß die Herde an der unbehaarten Stelle ohne irgend eine Beziehung zum Erreger des Kopffavus stehen, aus denen ich außer den typischen Pilzen (Achorion Schönleinii) die atypischen[1]), eine polimorphe Form von Achorion Schönleinii, züchten konnte, und nur durch den die unbehaarte Haut befallenden α-Favuspilz Quinckes (Achorion entythrix Cuma, Achorion Quinckeanum Bodin) verursacht wurden.

Es ist daher wissenschaftlich unbedingt notwendig, den Erreger auf den unbehaarten Herden meines Falles bakteriologisch festzustellen.

Die von mir selbst zum Zwecke der Feststellung der Art des Favuserregers auf den unbehaarten Herden angestellte Untersuchung über die Kulturen dieses Pilzes erstreckte sich auf 4 Materialien, welche aus den verschiedenen Stellen (2 aus dem Kopfherd, 1 aus dem Herd am hinteren Nacken, 1 aus dem Herd am rechten Vorderarm) entnommen worden sind.

Diese Züchtungsresultate waren bei allen Materialien ganz identisch mit meinem atypischen Pilz von Achorion Schönleinii. Ich möchte daher

[1]) Ich habe bei allen Versuchen in 7 Fällen (2 Fälle von Favus turriformis und 5 Fälle von *F. confertus*) eine von der typischen von Achorion Schönleinii mehr oder weniger abweichende Form des Züchtungsresultates, d. h. atypische Form, wahrgenommen, während die wiederholten Kulturen der übrigen 3 Fälle (1 Fall von Favus confertus und 2 Fälle von *F. dispersus*) ganz identisch mit dem von Achorion Schönleinii zu sein scheinen.

Digitized by Google

hier die atypische Form meines Züchtungsresultates in diesen Fällen genau besprechen. Plattenkulturen: Die Skutula und auch die erkrankten Haare zerrieb ich zuerst in sterilen Porzellanschalen mit einigen sterilen Wassertröpfchen und fügte 1—2 Platinösen dieser infizierten Aufschwemmung in ein verflüssigtes, auf ca. 40° abgekühltes Nähragar enthaltendes Röhrchen und stellte noch 2—3 Verdünnungen her. Hierbei benutzte ich als Nähragar die von SABOURAUD empfohlenen Maltoseagare (Maltose 4 g, Pepton 2 g, Agar 1,2—1,5 g, aq. 100 g). Man muß das verflüssigte Nähragar schnell in die Schälchen eingießen, da Agar leicht erstarrt, und man tut sogar gut, die Schälchen vor Eingießung zu erwärmen, um die Erstarrung des Agars zu verhüten. Weil den Gonidien bei meinen Versuchen das Substrat zusagte, so keimten dieselben in allen Plattenkulturen schon nach 12 Stunden bei Körpertemperatur und

Fig. 2.

(Atypische Form.) Zehn Tage alte Kolonie, stark vergrößert (etwa 12fach). Die Ausläufer entwickelten sich zypressenblattartig.

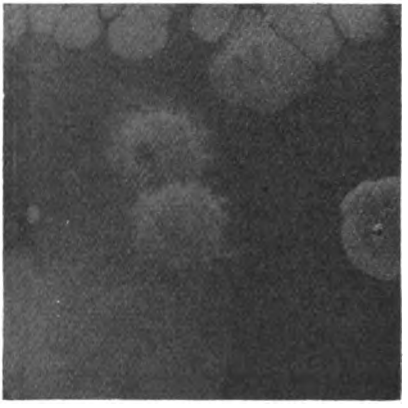


Fig. 3.

(Typische Form.) Zehn Tage alte Kolonie, stark vergrößert (etwa 12fach). Die Ausläufer entwickelten sich nicht zypressenblattartig, sondern flaumartig.

nach 48 Stunden wurde ein deutliches Myzel mikroskopisch (Leitz 2, Oc. 4 oder Zeiss AA Oc. 4) beobachtet. Erst am 3. oder 4. Tage konnte ich mit bloßem Auge die räumlich voneinander getrennten kleinen, weißen Kolonien wahrnehmen, welche sich langsam auf der Oberfläche verbreiteten, während der Pilz stark und schnell in die Tiefe wucherte. Weil die Größe der Kolonie zu ihrer Zahl in verkehrtem Verhältnis steht, so tut man gut, möglichst die Konidien etwas zu besäen, um das Bild der Kolonie genügend studieren zu können. Mit fortschreitender Entwicklung der Kolonie war eine radienförmige Ausbreitung zierlicher Pilzfäden unter der Oberfläche zu erkennen, wobei jeder Ausläufer Zypressenblattform annahm, während die Ausläufer meiner typischen Pilze, welche mit denen von Achorion Schönleinii identisch zu sein scheinen, sich nicht zypressenblattartig, sondern nur flaumartig entwickeln (Fig. 2 und Fig. 3). Die Farbe der Kolonie war zwar zuerst

Digitized by Google

weiß, veränderte sich dann aber bei fortschreitender Entwicklung in schmutziges Weiß bis gelblichweiß. Ihre Oberfläche war glatt und wachsartig. Mikroskopisch bestehen die Anfänge dieser Kolonie zuerst aus einem deutlichen Myzel, welches keine Seitenäste, aber Septierung und ziemlich zahlreiche kolbige Anschwellungen hat. Nach 4—5 Tagen erschienen zahlreiche Seitenäste, gabelige Verzweigungen und gelbe Körperchen und reichliche Anschwellungen im Verlauf und auch am Ende der Hyphen. Nach 5—7 Tagen waren diese Erscheinungen noch schärfer ausgeprägt, insbesondere wuchsen die Seitenäste sehr üppig und bildeten mit den Hyphen dichte Myzelien, während bei der typischen Form meiner Züchtungen dieselben relativ nicht so zahlreich sind. Reagenzglaskulturen: Zuerst wächst das feine Luftmyzel auf dem Züchtungsmaterial (Maltoseagar), welches man aus einer isolierten Kolonie mit einer Platinnadel gefischt und auf feste Substrate gelegt hat. Das Züchtungsmaterial wächst langsam an der Oberfläche, üppig hingegen in die Tiefe. Die Oberfläche ist feuchtglänzend und wachsartig. In der Mitte hat sie eine Erhebung, die vom Züchtungsmaterial herrührt. Die Zone um das Zentrum herum liegt an der Oberfläche und ist gelbweiß gefärbt, aber die peripheren Partien scheinen unter der Oberfläche des Nährbodens radienförmig zu liegen, während bei typischer Form meiner Züchtungen dieselben im allgemeinen unregelmäßig, warzig und höckerig, ohne irgend einen Ring vorkommen. Sieht man die Kultur von der Seite gegen das Licht an, so bemerkt man flaumiges, halbkugelförmiges, üppig wachsendes Wurzelmyzel, welches grauweiß ist. Luftmyzel fehlt. Mikroskopisch dichte Septierung, Rosenkränze, etwaige Chlamydosporen und Spindeln.

Stichkulturen ergeben radial nach der Stichrichtung in die Tiefe ausstrahlende Emissionen. Mikroskopisch: Exosporenbildung.

Bouillon. Am Boden der Kulturgefäße steht zuerst weiße Materialmasse mit feinen, radialen Strahlen, dann verändert sich dieselbe nach und nach flockig und wird gelblichweiß. Mikroskopisch: Die aus dem Material neu entstandenen, feinen, radial strahlenden Hyphen mit charakteristischer Endanschwellung. Endblasen und Kugelblasen am Verlauf der Hyphen. Protoplasma in Hyphen stark gefärbt. Hyphen relativ regelmäßig ohne unförmliche Anschwellung, aber spät Endgonidienbildung und endlich involutive Veränderung.

Milch. Wachstum sehr langsam, flockig. Die Milch wird nach Wochen koaguliert und peptoniert. Sehr ähnlich dem Hyphen bei der Züchtung in Bouillon, aber mit starken Endanschwellungen.

Kartoffeln. In der Mitte unregelmäßige, braun bis schwarzbraun gefärbte Erhebungen, rund herum eine weiße, in ihrer Form an Rasen erinnernde Fläche mit wenig Luftmyzel. Wachstum sehr langsam. Mikroskopisch: Chlamydsporenbildung, Endgonidienbildung. Hyphen involutionsförmig.

Riesenkulturen: Die Riesenkulturen, die zur Bestimmung der Varietäten notwendig sind, wurden auf Maltoseagar gezüchtet.

Bemerkung: In der Regel wird Material auf die Mitte des Nährbodens geimpft, das in etwa 100 g fassenden Erlenmyerschen Kolben bis zur Höhe von mindestens 1 ccm aufbewahrt wird: bei der Impfung

Digitized by Google

muß man mit bloßem Auge sichtbare Spuren des Pilzmaterials übertragen.

Das Zentrum zeigt einen kleinen Knopf. Die Zone um das Zentrum herum ist wachsartig und verbreitet sich nur an der Oberfläche. Die

Fig. 4.

Riesenkultur des atypisch entwickelten Favuspilzes in Erlenmeyerschen Kolben auf Maltoseagar. Sechs Wochen alt bei 37° C. Wachsartig, aber keine gehirnartigen Erhebungen, sondern moosartige oder zypressenblattartige Gestalt.

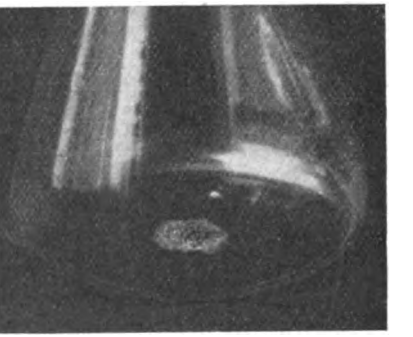


Fig. 5.

Riesenkultur des typisch entwickelten Favuspilzes im Erlenmeyerschen Kolben auf Maltoseagar. Sechs Wochen alt bei 37° C. Wachstum mit gehirnartigen Erhebungen, nach dem Rande zu in radiale Falten ausklingend. Stark wachsartig.

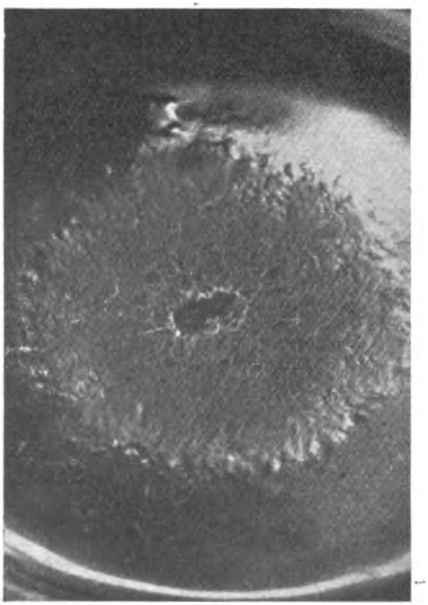


Fig. 6.

Dasselbe Präparat wie Fig. 4, stark vergrößert.

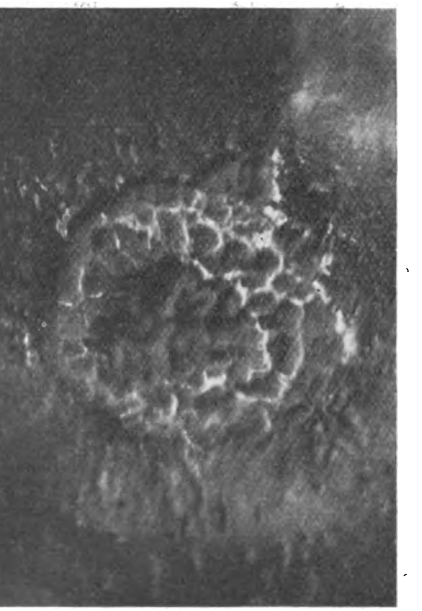


Fig. 7.

Dasselbe Präparat wie Fig. 5, stark vergrößert.

Digitized by Google

peripheren Partien scheinen meist unter der Oberfläche des Nährbodens zu liegen und zeigen die Form moosartiger Sonnen mit Ringbildung, während bei typischer Form meiner Züchtungen das Wachstum gehirnartig war (Fig. 4, 5, 6, 7). Farbe weißgelb, jedoch die untere Fläche stark gelb. Mikroskopisch fand ich bei allen Riesenkulturen, daß die Hyphen gewöhnlich rosenkranzartig sind, und zwar je älter die Kulturen, desto zahlreicher die Rosenkränze.

Tierversuche: Meine atypischen Pilze sind auf Mäuse und Kaninchen leicht übertragbar, wenn man mit steriler Nadel die Oberhaut skarifiziert und darin mit Platindraht gefischte, gut versporte Reinkulturmaterialien einreibt. Als beste Stelle der Impfung empfehle ich bei Kaninchen die Innenfläche des Ohrblattes nahe dem Eingang des äußeren Gehörganges, bei Mäusen den Nacken, Sabouraud empfiehlt die Schwanzwurzel, während Gesicht oder Ohrblatt zu Übertragung nicht geeignet sind, da sie mit ihren Vorderpfoten das übertragene Material zu beseitigen streben. Es ist unbedingt nötig, bei den Mäuseversuchen die zu impfenden Mäuse voneinander zu isolieren, da sie sich gegenseitig das Impfmaterial wegfressen.

Ich führe hier einige Versuchsprotokolle im Auszug an.

Kaninchen Nr. 2.

5. III. 1914. Impfung in die skarifizierte innere Fläche möglichst nahe dem Eingang des äußeren Gehörganges.

9. III. 1914. Traumatische Borke, etwas gefärbt. Beseitigung der Borken mit Kulturmaterial.

17. III. 1914. Wieder Borkenbildung mit schuppender Auflagerung, die stellenweise Skutula besitzt.

18. III. 1914. Unter graulichweißer Auflagerung blutige Fläche. Mikroskopisch sehr reichliche Gonidien, besonders auch in der Haarwurzelscheide. Diese Züchtung war ganz identisch mit meiner atypischen Form von Achorion Schönleinii.

22. III. 1914. Keine Veränderung. Gonidien üppig.

30. III. 1914. Erst etwas Entblößung. Infiltration ziemlich verschwunden.

10. IV. 1914. Noch etwas Infiltration.

21. IV. 1914. Fast gänzliches Verschwinden der Hyperämie und Infiltration.

26. IV. 1914. Nur geringe Auflagerung.

3. V. 1914. Herd glatt, ganz geheilt.

Maus Nr. 4.

7. III. 1914. Impfung im rückenwärtigen Hals, wo die Haut skarifiziert wurde.

9. III. 1914. Traumatische Borkenbildung.

21. III. 1914. Die charakteristische Auflagerung, die stellenweise Skutula besitzt. Infiltration, Hyperämie, Pilze üppig. Diese Züchtung positiv.

1. IV. 1914. Neigung zum Verschwinden der Infiltration und Hyperämie, aber Pilz noch in der Haarwurzel.

10. IV. 1914. Nur geringe Auflagerung.

25. IV. 1914. Herd massig und glatt.

7. V. 1914. Ganz narbig, geheilt.

Digitized by Google

Zusammenfassung.

Im Gegensatz zu Europa ist der Favus auf der unbehaarten Haut in Japan sehr selten beobachtet worden.

Es scheint mir richtig zu sein, daß bei meinem Fall der Erreger des Kopffavus auf der unbehaarten Haut per continuitatum oder durch Kratzen usw. übertragen worden war.

Dieses Züchtungsresultat bei allen Materialien war ganz identisch mit meinem atypischen Pilz von Achorion Schönleinii.

Literatur.

Adamson, Royal Society of Medicine, Bd. 2, Nr. 6 und Bd. 4, Nr. 4. — Bernhardt, Wien. Klin. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 65. — Bloch, Derm. Zschr., Heft 5, 6 und 9. — Crocker, Diseases of the Skin, 1911. — Dohi, Sh., Jap. Zschr. f. Derm., Bd. 6, S. 62. — Chajes, Dermatologie, 1910, Bd. 50. — Fujitani, Jap. Zschr. f. Derm., Bd. 12, S. 1154. — Gekewitsch, Ref. Derm. W., 1913. — Hallopeau und François, Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, Bd. 18, Nr. 16. — Hamano, Jap. Zschr. f. Derm., Bd. 8, S. 188. — Havas, Orvosi Hetilap, 1912, Nr. 26. — Hoffmann, B. kl. W., 1904, Nr. 36. Ref. Derm. W., 1912. — Inouye, Jap. Zschr. f. Derm., Bd. 10, S. 473 und Bd. 13, S. 523. — Lorenz, Inaug.-Diss. Greifswald. Ref. Arch. f. Derm., 1900. — Mraček, Handbuch der Hautkrankheiten. — Ogawa, Jap. Zschr. f. Derm., Bd. 9, S. 215. — Ohno, Jap. Zschr. f. Derm., Bd. 6, S. 432. — Okamura, Jap. Zschr. f. Derm., Bd. 1 und 11, S. 309 und Bd. 8, S. 64. — Paulus, Derm. Zschr., 1906, Heft 2. — Persson, Journ. amer. med. assoc., Bd. 52, Nr. 2. — Plaut, Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. — Sabouraud, Les Teignes, 1910. — Sei, Jap. Zschr. f. Derm., Bd. 9, S. 820. — Sequeira, Proceeding of the Royal society of Medicine, Bd. 5, Nr. 3. — Takahashi, Jap. Zschr. f. Derm., Bd. 7, S. 194. — Takahashi, K., Jap. Zschr. f. Derm., Bd. 10, S. 805. — Tomaszewski, Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 50.

Digitized by Google

Aus der Praxis.

Anwendung der antiseptischen und trockenwirkenden Pulver in der Dermatologie.

Von

Dr. Ladislaus Ney, Szabadka (Ungarn).

Uns allen sind die Pulver bekannt, welche bei verschiedenen Formen der Hautkrankheiten Anwendung finden und welche einesteils austrocknend wirken, anderenteils aber bei der modernen Behandlung unentbehrlich wurden dadurch, daß sie dort, wo wir aus irgend einem Grunde einen Deckverband nicht applizieren können, die kranke Stelle aseptisch zu erhalten vermögen.

Unter diesen pulverförmigen Medikamenten können wir zwei Haupttypen unterscheiden und zwar: 1. die Gruppe der jodhaltigen, 2. die der jodfreien Präparate.

Naturgemäß überragt die antibakterielle Eigenschaft der jodhaltigen Präparate jene der jodfreien in hohem Grade; doch lag das Geheimnis der häufigen Anwendung von Xeroform, Dermatol usw. in dem Umstande, daß diese eine vorzügliche austrocknende Wirkung besaßen, ferner daß sie vollständig geruchlos sind. Heutzutage besitzen wir aber im Vioform ein Medikament, welches die vorzügliche antiseptische Wirkung des Jodoforms mit der stark trocknenden Eigenschaft des Xeroforms und Dermatols in sich vereinigt, und hauptsächlich diesem Umstande können wir es zuschreiben, daß das Vioform in der Kleinchirurgie, Dermatologie und Frauenheilkunde sozusagen eine souveräne Stelle einnimmt.

Vioform ist ein geruchloses Präparat von vollständig neutralem Charakter, welches große Mengen Chlor und Jod an Oxychinolin gebunden enthält. Dieser neutralen Natur desselben kann die erfahrungsgemäße Tatsache zugeschrieben werden, daß es weder die Wunde noch die Haut reizt, und daß wir nach dessen Anwendung selbst bei kleinen Kindern keine unangenehmen Nebenwirkungen beobachten. So schreibt zum Beispiel Szabó über das Vioform, (1), daß er bei dessen Anwendung an Säuglingen — im Gegensatze zu den übrigen jodhaltigen Präparaten — nur die vorteilhaften Eigenschaften desselben beobachtete. Dasselbe behauptet Hochstätter (2), der es in 61 Fällen von Intertrigo gebrauchte. Ebenso äußern sich Krecke (3), Wehrle (4) und Hegedüs (5). Die Ursache davon sieht Szabó in dem Umstande, daß Vioform lediglich unter Einwirkung der Säfte der Wunde oder der kranken Fläche nur so viel Chlor und Jod abspaltet, als zur Unschädlichmachung der betreffenden Flüssigkeitsmenge notwendig ist.

Von zahlreichen Autoren wird Vioform über das Jodoform gestellt. Unter denselben nenne ich an allererster Stelle Tavel (6), der die Wirkung des Vioforms und Jodoforms an der Hand einer langen Reihe von Versuchen verglichen hat. Der Otologe Schwartz (7) findet ebenfalls, daß der Gebrauch von Vioform vorteilhafter sei als jener von Jodoform.

Nach Goldberger (8) besitzt Vioform ferner den großen Vorteil, daß es in Fällen von Ulcus durum als äußerst wertvolles diagnostisches Mittel dienen kann, insofern auf Vioformbehandlung sich die Ränder des Geschwürs klären, so daß das Geschwür selbst ausgesprochen hart zu tasten ist.

Die Richtigkeit dieser Beobachtung Goldbergers kann ich auf Grund zahlreicher Erfahrungen bestätigen.

Digitized by Google

Ebenso wie Hegedüs (5) hatte auch ich sehr häufig Gelegenheit mich davon zu überzeugen, daß der Erfolg der Vioformbehandlung bei Balanitis geradezu eklatant ist. Selbst schwere Fälle dieser Erkrankung heilten bei täglich zweimaliger Vioformbestreuung in 2—3 Tagen vollständig.

Von meinen Beobachtungen auf dem Gebiete der Vioformbehandlung möchte ich hauptsächlich die vorteilhafte Kombination des Vioforms mit Kadogel hervorheben. Ich machte nämlich die Erfahrung, daß wir bei Ekzemen, wo uns Kadogel allein im Stiche läßt, bei Zugabe von 5—10% Vioform eine prompte Wirkung erzielen. Zur Illustration dessen teile ich zwei Fälle mit.

1. Ein sechs Monate altes, gut entwickeltes Mädchen zeigt hinter dem linken Ohre nässende Ekzeme, die seit drei Monaten jedweder Behandlung trotzten. 5%, 20%, 33% Kadogelsalbe, 50% Borvaselin, 20% Zinkoxydsalbe usw. blieben vollständig erfolglos. Als es in meine Behandlung kam, verordnete ich nachstehendes Medikament:

Rp. 33% Cadogeli 10,00. Vioformi 5,00, Vaselini 85,00. DS. Salbe. Täglich zweimal messerrückendick aufstreichen und mit Watte bedecken.

Die Ekzemkrusten fielen in 8 Tagen vollständig ab.

2. 68jähriger Eisendreher. Am rechten Unterarm zwei fünfkronengroße, scharf begrenzte Ekzeme. Auf 33 und 66% Kadogel trat durch Wochen kaum eine Besserung ein. Ich wendete die folgende Zusammensetzung an:

Rp. 66% Ung. Cadogeli 50,00, Vioformii 10,00, M.f.ungt. DS. Salbe.

Der Kranke genas in 12 Tagen vollständig.

In den letzten vier Monaten hatte ich etwa zehn ähnliche Fälle; dabei hat mich die Vioform-Kadogel-Zusammensetzung in keinem einzigen Falle im Stiche gelassen. Es scheint, daß es der Chlorgehalt des Vioforms ist, der die spezielle Wirkung des Kadogels sehr vorteilhaft unterstützt.

Außerdem habe ich eine Kadogel-Vioform-Zusammensetzung erfolgreich angewendet bei altem vernachlässigtem Ulcus cruris und zwar derart, daß ich die Behandlung mit reiner Vioformbestreuung begann und nach Aufhören der Sekretion folgende Verordnung traf:

Rp. 33% Ung. Cadogeli 50,00, Vioformii 10,00. MDS. Salbe.

In 3—4 Wochen Heilung.

Vioform selbst verwende ich erfolgreich bei Intertrigo, Dekubitus, Brandwunden und venerischen Krankheiten.

Auf Grund von zweijähriger Erfahrung kam ich zur Überzeugung, daß Vioform nicht nur zufriedenstellende, sondern bisweilen auch überraschende Resultate liefert.

Literatur.

1. Szabó, Orv. Hetilap, 1914, Nr. 3. — 2. Hochstätter, Derm. W., 1913, Bd. 57, Nr. 10, S. 282. — 3. Krecke, M. m. W., 1901, Nr. 33. — 4. Wehrle, Supplement z. Schweiz. Korr. Bl., 1903, Nr. 20. — 5. Hegedüs, Orv. Ujsag, 1913, Nr. 51, S. 665. — 6. Tavel, D. Zschr. f. Chir., 1900, Bd. 55, S. 558. — 7. Schwartz, Fülészeti Lapok, 1913, Nr. 2. — 8. Goldberger, Derm. W., 1913, Bd. 57, Nr. 50, S. 1468.

Digitized by Google

Joseph Eichhoff †.

Der Aufschwung der Dermatologie als eines allen anderen ebenbürtigen Spezialfaches kam einem Praktiker wie Eichhoff in besonderem Maße zugute. Nicht an einer deutschen Hochschule und in beständiger engster Fühlung mit den pochenden, unablässig werbenden und strebenden Fortschritten der Gesamtwissenschaft, sondern am Webstuhle der Zeit auf eigene Kraft gestellt, schöpfend aus persönlicher tiefer Erfahrung in dem rauschenden Getriebe eines gewaltigen industriellen Lebens, das ihm reiches, auch wissenschaftlich verwertbares dermatologisches Krankenmaterial zuführte, verstand es Eichhoff, mit klarem, sicherem Auge die Früchte der Erkenntnis zu sammeln und sie nutzbar zu verwerten für die Leidenden, die ihm von nah und fern zuströmten und für die Ärzteschaft, die er in unvoreingenommener, neidloser Würdigung der Verdienste anderer in seinen Kursen belehrte.

Seiner Tüchtigkeit und Lehrbefähigung kam die Verwaltung der Stadt Elberfeld frühzeitig und weitsichtig entgegen.

Eichhoff ist wohl einer der ersten Dermatologen gewesen, denen es vergönnt war, an einem großzügig ausgebauten Krankenhauswesen eine selbständige Abteilung für Dermatologie und Syphilidologie zu leiten, und er benutzte diesen Vorzug, daran mitzuarbeiten, die Dermatologie des engeren Charakters einer sogenannten Spezialität zu entkleiden und den Ärzten, die von ihm lernen wollten, das Bewußtsein zu vermitteln, daß die Krankheiten der Haut ebenso wie die der anderen Organe im engsten Zusammenhange mit dem Gesamtorganismus betrachtet und beherrscht werden müssen. Vor allem aber leitete ihn das letzte Ziel jeder angewandten medizinischen Wissenschaft: daß es auch in der Dermatologie und Syphilidologie das vornehmste Bestreben sein müsse, auf anatomischer Grundlage, durchleuchtet von den Anschauungen der allgemeinen Pathologie und erfüllt von den großen modernen Prinzipien der Physiologie, Bakteriologie und Biologie, die Heilkunst selbst zu fördern.

Eichhoff wurde am 14. Mai 1855 in Neuß geboren. Dort besuchte er das Gymnasium. Er studierte Medizin an den Universitäten Bonn und Berlin. 1878 approbiert, war er zunächst neben A. Neisser als Assistent an der Hautklinik zu Breslau unter Oskar Simon bis 1881 tätig. Dann ließ er sich als Spezialarzt in Elberfeld nieder, wo er sich eine große Praxis erwarb. Seit 1887 war er Oberarzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten an den städtischen Krankenhausanstalten Elberfelds. Aus dem unter seiner Leitung erstaunlich steigenden dermatologischen Krankenbestand erhellt, wie Eichhoff selbst in seinem in dieser Zeitschrift veröffentlichten Bericht über die Tätigkeit der Abteilung 1893 (Band 15, Nr. 12) schrieb, „klar und deutlich, wie unbedingt notwendig für eine große Stadt eine Station für Hautkrankheiten und Syphilis an einem allgemeinen Krankenhause ist".

Sein schriftstellerisches Wirken erstreckte sich fast ganz auf therapeutische Gebiete. Aber niemals ließ er die rein wissenschaftliche Seite der Dermatologie außer acht. Er veröffentlichte kleinere Arbeiten über das Xanthom, über Xanthodermie, über parasitäre Hautkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung des parasitären Ekzems. Eine besondere Ausbildung widmete er der in ihrem Werte wohl überschätzten Behandlung der Hautkrankheiten mit pulverförmigen und festen (überfetteten) Seifen. Er schrieb

Digitized by Google

ein Lehrbuch der Hautkrankheiten, eine praktische Kosmetik für Ärzte und gebildete Laien und einen Leitfaden für den Unterricht in der Krankenpflege. Für das Handbuch der speziellen Therapie innerer Krankheiten von PENZOLDT und STINTZING bearbeitete er die Behandlung der Zirkulations- und Sekretionsstörungen der Haut und diejenige der Hautentzündungen.

Von 1900—1904 war EICHHOFF stellvertretender Vorsitzender der örtlichen Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen in Elberfeld, von 1904 ab bis zu seinem Tode ihr erster Vorsitzender und Mitglied des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin. 1902 wurde er Sanitätsrat, 1913 Geheimer Sanitätsrat.

Ein schweres, tückisches Leiden entriß den verdienten Dermatologen im 59. Lebensjahre seinem von ihm mit Treue und Hingabe erfüllten Wirkungskreise, tief betrauert von seinen Kollegen, denen er mit seiner lebensfrohen, liebenswürdigen Persönlichkeit und seinem vornehmen Charakter nahestand. Ehre seinem Andenken!

A. Strauß-Barmen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Außerordentliche Sitzung im RUDOLF-VIRCHOW-Krankenhaus, Abteilung Prof. WECHSELMANN, 16. Juni 1914.

Originalbericht von Dr. O. SPRINZ-Berlin.

1. WECHSELMANN bekennt sich als Anhänger der reinen **Salvarsantherapie.** Er hat mindestens 45000 Injektionen ausgeführt. Es kommt fast gar nichts mehr vor, höchstens mal ein Exanthem. Eine Intoxikation kann sich nur ereignen, wenn das Individuum insuffizient ist, das Salvarsan zu verarbeiten, besonders wenn die Nieren insuffizient sind. Nicht als ob die Nieren, welche Albumen ausscheiden, besonders gefährdet sind, sondern Gefahr droht, wo die Wasserausscheidung insuffizient ist. Die Wasserausscheidung ist daher in jedem Falle zu prüfen (Milchzucker). Eine Niereninsuffizenz kann u. a. durch Hg-Einfuhr zustande kommen. Die Gefahr der Hg-Intoxikation soll nicht übertrieben werden. Bisweilen werden sehr hohe Dosen anstandslos vertragen, in andern Fällen verursachen schon kleine Dosen eine Intoxikation. Man hat gar keinen Maßstab, wann bei Hg die Intoxikation einsetzt. Durch Untersuchungen ist festgestellt, daß das erste Schaltstück der Niere verändert wird; hier kann das Salvarsan stecken bleiben und Intoxikationserscheinungen bedingen. Das Arsen schädigt die Nieren nicht; nach Salvarsaninjektionen sehen wir kein Eiweiß auftreten, ja selbst dem Nephritiker schadet es nicht, wenn es nur vorsichtig in kleinen, subkutanen Dosen verabfolgt wird. Ebenso kann man es Patienten mit 10 % Zucker geben. Das Ziel der Behandlung ist nicht das Verschwinden der klinischen Symptome, sondern der Fall ist nur dann krankenhaustechnisch als geheilt anzusehen, wenn die Reaktion des Blutes und des Liquors negativ ist. Unter den bis zu dieser Stufe behandelten Kranken ist dann vielleicht noch eine kleine Zahl, welche dennoch Rezidive bekommt. Daß man aber mit der von ihm durchgeführten Methode wirkliche Heilungen erzielt, darüber besteht für Vortragenden kein Zweifel. So bekam beispielsweise ein Patient mit maligner Lues, die anfangs allen Behandlungen getrotzt hatte und schließlich durch Salvarsan geheilt wurde, eine typische Reinfektion, nachdem die SR vier Jahre lang negativ gewesen. Gegenüber OPPENHEIM betont WECHSELMANN, daß er auch bei der Paralyse erhebliche Besserungen gesehen habe. Es finden sich dabei gewiß syphilitische Prozesse

Digitized by Google

im Gehirn, die durch Salvarsan einer Rückbildung fähig sind. Wechselmann konnte in mehreren Fällen den Nachweis führen, daß solange die Oligurie währte, auch Hg im Urin nachzuweisen war. Als wieder Polyurie einsetzte, verschwand auch das Hg. Die Niereninsuffizienz klärt wenigstens einen Teil der schweren Salvarsanzufälle auf. Es spielt aber die Insuffizienz noch andrer Organe (Leber usw.) eine Rolle. Auch individuelle Faktoren sind maßgebend. Wechselmann hat mit der reinen Salvarsantherapie mindestens ebenso gute Erfolge erzielt, wie mit der kombinierten Methode erreicht werden. Es besteht daher für ihn kein Grund, Salvarsan mit Quecksilber zu verquicken. An diese Ausführungen schloß sich ein Rundgang durch die Krankenstation, wo Wechselmann noch zahlreiche Kranke demonstrierte, die den Erfolg seines Behandlungsverfahrens illustrieren sollten. Hier sei nur erwähnt der Fall eines Kindes, dessen Knochenaffektionen lange für tuberkulös gehalten worden waren. Es zeigte bei der Aufnahme vorgeschrittene Verblödung, tiefe Knochennekrosen und spastische Kontraktion beider Beine. Trotz schwerster Albuminurie bekam das Kind 27 Salvarsaninjektionen, worauf allmählich die Nekrosen ausheilten und die Kontrakturen nachließen. Das Kind hat auch Veränderungen im Lumbalpunktat. Wo Lumbalveränderungen vorhanden sind, muß die Behandlung lange fortgesetzt werden. Es sind die Vorläufer von Tabes und Paralyse. Gerade bei Kindern sollte man nicht versäumen, lumbal zu punktieren. Genannt sei schließlich noch ein Fall von Neuritis haemorrhagica optica mit Lumbalveränderungen. Der Fall ist nach 37 Salvarsaninjektionen besser geworden.

2. Eicke gibt einen ausgezeichneten Überblick, wie an der Abteilung Wechselmanns die **serologische Untersuchung des Blutes und des Liquors** ausgeführt und bewertet wird. So wird bei Wassermann nur mit der Hälfte der sonst üblichen Menge von 2.5 ccm gearbeitet. Das Serum wird zehnfach verdünnt. Wenn ein Serum mit dem einen Extrakt eine Hemmung gibt, mit dem anderen löst, so ist die Reaktion als positiv anzusehen. Bisweilen ist durch andre Einstellung des hämolytischen Systems eine größere Zahl von Seren negativ. Die Extrakte werden sehr hoch angesetzt; die Gefahr einer unspezifischen Hemmung ist nicht so groß, da die SR dem Vortragenden keine Differentialdiagnose geben soll. Dagegen werden alle Sera quantitativ ausgewertet. Der Abfall der Reaktion erfolgt stetig in bestimmter Kurve; in den letzten acht Tagen ist ein schnellerer Abfall zur Norm, ein sprunghafter Abfall ist nicht zu konstatieren. Durchschnittlich wird das Serum in 4—6 Wochen negativ bei der von Wechselmann geübten Behandlungsmethode. Der Zeitraum der Infektion spielt dabei eine große Rolle. Die erste Kur soll möglichst gründlich sein. Die Lumbalpunktion soll in jedem Falle angestellt werden. Die Gefahr des Meningismus läßt sich vermeiden. Mit dem Liquor werden die „vier Reaktionen" ausgeführt. Die WR ist am bedeutungsvollsten. Die Zystodiagnose ist am feinsten. Plasmazellenbefund scheint für Paralyse zu sprechen. Eicke bespricht dann die Eiweißreaktionen des Liquors (Nisse, Nonne-Apelt) und die Ausflockung mittels kolloidalen Goldes, die sehr wertvolle Aufschlüsse gestattet über die Natur des vorliegenden Krankheitsprozesses. Schließlich geht er noch auf den Nachweis von Normalambozeptoren in der Liquorflüssigkeit ein. Der Übertritt findet schon sehr frühzeitig statt und scheint für Paralyse zu sprechen.

3. Arnheim demonstriert **histologische Präparate** von der Haut bei **Skarlatina.** Der Prozeß spielt sich in der Subkutis ab. Das Virus dringt durch die Gefäße ein, es kommt zu Embolien, Exsudation und schließlich zu Nekrose. Die verschiedenen, klinisch beobachteten Bilder (Frieselbildung) unterscheiden sich nur durch die Ausdehnung des Prozesses. In der Hornschicht findet sich parakeratotische Verhornung.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit fester Kohlensäure, von J. L. Bunch-London. (M. Press. a. Circ., 8. Oktober 1913.) Verfasser hat weit mehr als 2000 Nävi mit Kohlensäureschnee erfolgreich behandelt; die Methode ist einfacher als die Anwendung von Elektrolyse, Kauterisation oder Radium. Eine einzige Applikation genügt meist, doch sind bei Pigmentnävis, besonders bei behaarten, mehrere Sitzungen nötig, die einer einzigen, sehr lange dauernden, vorzuziehen sind. Dicke Haare werden besser vorher durch Elektrolyse entfernt. Die Prognose bei „Portweinflecken" (taches de feu) richtet sich ganz nach der Ausdehnung und nach der Tiefe des Sitzes. Am wenigsten ist zu hoffen, wenn das Korium und die tieferliegenden Gewebsschichten ergriffen sind und die Oberfläche unregelmäßig und knotig ist. Bei mäßiger Ausdehnung jedoch, bei nicht zu sehr hervortretender Purpurfärbung sind bei Kindern die Resultate oft vorzüglich. Günstig werden auch lineare und verruköse Nävi beeinflußt, doch ist bei letzteren stärkerer Druck und längere Anwendung nötig. — Ist größere Kältewirkung erforderlich oder ist eine größere Oberfläche in möglichst kurzer Zeit zu behandeln, so empfiehlt sich häufig der Gebrauch von flüssiger Luft, die eine Temperatur von — 190° C hat, im Gegensatz zu Kohlensäureschnee mit nur — 78,2° C. — Ulcus rodens ist vielleicht die Hautkrankheit, bei der die feste Kohlensäure die besten Resultate gibt. Kleine Geschwüre im Gesicht können oft durch eine einzige Anwendung von 40 Sekunden Zeit unter starkem Druck geheilt werden. Die Erfolge sind mindestens gleich, wenn nicht überlegen denen mit Röntgenstrahlen, Ionisation oder Radium; sie treten schneller ein und sind weniger kostspielig. Die Erfolge bei diskoiden Formen des Lupus erythematosus sind sehr gut. Von Lupus vulgaris können viele Fälle geheilt werden, doch ist die Narbenbildung häufig zu stark. Einzelne Stellen von Psoriasis, chronischem Ekzem und Lichen planus reagieren außerordentlich gut auf die Gefriermethode. Klavi und Warzen eignen sich ebenfalls sehr gut zur Behandlung, doch ist starker Druck und Expositionszeit bis zu einer Minute und noch länger erforderlich. Wird die Hornhaut zuerst abgeschabt, so kann die Expositionszeit verkürzt werden. Chronische Unterschenkelgeschwüre mit verdickten und indurierten Rändern werden oft günstig beeinflußt; die Behandlungszeit des verdickten Geschwürsrandes muß jedoch genügend lange sein. Fendt-Wiesbaden.

Die Behandlung mit Kohlensäureschnee. — Die Behandlung der Blennorrhoe mit Eumiktine. — Ein neues Warzenentfernungsmittel „Azetokaustin". (Ther. M.-Ber., Bd. 10, H. 11.) In dem ersten Aufsatz wird die Gewinnung des Kohlensäureschnees und die Technik der Behandlung mit demselben ausführlich geschildert. Die Pusoysche Methode, nach der die Kohlensäure mit dem Lederbeutel gewonnen wird, erscheint dem Verfasser als die praktischste. Die Indikationen für die Kohlensäureschneebehandlung sind: Entfernung von Warzen, von pigmentierten und vaskulären Nävi und von Keloiden. Lupus erythematodes und Akne profunda sowie Pockennarben und torpide Ulcera varicosa cruris sind Objekte erfolgreicher Behandlung.

Eumiktine, von Leprince in Paris hergestellt, besteht aus Santalol, Salol und Hexamethylentetramin und soll, in dieser Zusammensetzung besondere Vorzüge haben. Die Darreichung beginnt mit 3—4 Kapseln pro Mahlzeit und steigt bis auf 16 Kapseln pro Diät. Glutäenkapseln verhindern die Magenverdauung.

„Azetokaustin", eine wasserhelle Flüssigkeit, welche 50% Trichloressigsäure ent-

Digitized by Google

hält, wird von Wockenfuss als gutwirkendes Mittel zur Entfernung von Warzen empfohlen. Dr. Marquart in Beuel i. Rh. stellt das Präparat her.

Peyser-Harburg.

Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten, von Gennerich-Kiel. (M. m. W., 1913, Nr. 28 u. 29.) Fortbildungsvortrag mit vielen wertvollen Einzelheiten, zum Referate nicht geeignet. Philippi-Salzschlirf.

Moderne Wundbehandlung und erste Wundversorgung, von W. Liermann-Dessau. (Zbl. f. Gewerbehyg., März 1913.) Als wirksamste Methode zur Keimfreihaltung von Wunden hat sich die Austrocknung in Verbindung mit Keimarretierung bewährt. Die Nachteile der sonst recht gut bewährten Jodtinktur- und Mastisolmethode (Hautreizung, Färbung, Klebrigkeit) werden vermieden durch Verwendung der „Bolusmethode". Bolus alba in Verbindung mit Alkohol und Glyzerin unter Zusatz von 1% Azodermin (im Handel als „Paste Liermann") soll bei Verreibung auf der Haut mit Alkohol durch Austrocknung und Keimarretierung eine praktisch völlige Keimfreiheit der Hände herbeiführen, besonders nach kurzer vorheriger Waschung mit Boluswaschpaste. Bakteriologisch konnte sie noch nach $3^1/_2$ Stunden unter Gummihandschuhen festgestellt werden. Gleich gut bewährt sich die Paste als Verbandmittel für aseptische Wunden und Verletzungen, wobei ihre austrocknende Wirkung bei großer Porosität und Reizlosigkeit besonders hervorgehoben zu werden verdient. Die ausgezeichnete Haltbarkeit, die bequeme Aufbewahrung, die Möglichkeit ihrer Verwendung in Notfällen, sogar bei Fehlen von Wasser, lassen sie als das ideale Wundverband- und Hautdesinfektionsmittel in der Friedens- und Kriegspraxis erscheinen, wenn die praktischen Resultate weiterhin so gut bleiben, wie hier berichtet.

H. Lautsch-Graudenz.

Salben bei granulierenden Wunden, ein Wort der Verteidigung zu ihrer therapeutischen Verwendung, von G. Betton Massey-Philadelphia. (New York m. J., 26. April 1913.) In 20jähriger Erfahrung haben sich Massey bei kleinen und großen, nach der Entfernung maligner Neubildungen zurückbleibender Wunden folgende zwei Salben am besten bewährt: Zinksalbe, zu vier Teilen ihres Gewichts mit halbflüssigem Petrolatum vermischt, und, wenn dieselbe durch Überreizung die Granulationen sehr rot gemacht hat, die gewöhnliche Borsalbe der Pharmakopoe; selten war jedoch letztere erforderlich. Es darf kein Wasser oder andere reizende Substanz mit der Wunde in Berührung kommen und nur deren Umgebung mit Seife und Wasser oder Alkohol beim Verbandwechsel angewendet werden. Bei der erforderlichen reichlichen Auftragung der genannten (verdünnten Zink-)Salbe erfolgt Selbstreinigung der Wunde.

Stern-München.

Die Trockenluftbehandlung von Wunden und nässenden und juckenden Dermatosen nach R. Kutner, von R. Ledermann-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1913, Nr. 20.) Verfasser bringt die Berichte anderer Autoren über die Heilerfolge der Trockenluftbehandlung bei Ulcera cruris, bei juckenden und nässenden Hauterkrankungen.

Chrzelitzer-Posen.

Einige Modifikationen, die man in die Technik der Ollier-Thierschschen Transplantationen einführen muß, von P. Hardunin. (Presse méd., 1913, Nr. 68.) Die Modifikationen bestehen hauptsächlich in der Einführung eines trockenen Verbandes statt der bis jetzt üblichen feuchten. A. Gunsett-Straßburg.

Heterogene Transplantation von im Kühlen aufbewahrter Haut, von de Martigny-Montreal. (26. franz. Kongr. f. Chir. Semaine méd., 1913, Nr. 41.) Der Verfasser bewahrt die Haut mehrere Tage auf, entfernt zur Transplantation das Fettgewebe und legt einen Kompressivverband an. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Die Behandlung von Hauttransplantationen ohne Luftabschluß, von A. R. Jones-London. (Lanc., 1913, S. 1538.) Bei der von Jones nach der Angabe von M. Little geübten Methode wird nach der Applikation von Thierschschen Hautlappen ein Freiliegen der Transplantation und Zutritt von Luft in der Weise erzielt, daß über dem Operationsgebiet eine breite Brücke von Drahtgaze befestigt wird, und durch etliche Touren mit Verbandmull ein vollständig abschließendes Zelt über der Wundstelle hergestellt wird. Am fünften Tage p. o. wird der Verband in der gleichen Weise erneuert. Man findet dabei gewöhnlich recht erhebliche übel aussehende schwarze Krusten, aber unschädliche, welche steril ohne irgend welche Anfeuchtung entfernt werden. Alle 3—4 Tage wird der Verband erneuert bis zur Heilung, welche in der Regel in etwa drei Wochen perfekt ist. Philippi-Salzschlirf.

Die rationelle Behandlung von pustulösen Hautkrankheiten, von Jessie Weston Fishen-Middletown. (New York m. J., 6. Sept. 1913.) Der häufigste, beinahe alleinige Mikroorganismus, der bei Hautaffektionen gefunden wird, ist der Staphylokokkus, wenn auch der Streptokokkus bei Erysipel, der Aknebazillus bei Akne, der Tuberkelbazillus bei tuberkulösen Erkrankungen und der Seborrhoebazillus bei Seborrhoe vorkommt. Die Vakzinebehandlung mit abgetöteten Staphylo- bzw. Streptokokken ist das rationellste Verfahren bei allen hartnäckigen Fällen von Furunkulosis, Karbunkeln, Impetigo contagiosa, Erysipel, Abszessen, vielleicht auch von Ekzema, mit Seborrhoe- bzw. Aknebazillen bei den bezüglichen Affektionen. Den autogenen Stämmen ist der Vorzug zu geben, aber auch die Stockvakzine kann erfolgreich sein. Häufig wird der Fehler gemacht, daß die Dosen entweder zu hohe sind oder zu häufig gegeben werden — wodurch es nicht zur Entwicklung einer positiven Phase kommt. Der beste Führer wäre der opsonische Index; die Bestimmung desselben dürfte aber in der täglichen Praxis allzu umständlich sein, bei Akne z. B. hat man nun in der Art des Wiederauftretens neuer Stellen einen gewissen Anhaltspunkt für die Dosis und Wiederholung der Vakzineeinspritzung (im Durchschnitt 3—5 Millionen Aknebazillen, 300—500 Millionen Staphylokokken alle 2—3 Wochen). Bei Furunkulose bringen oft 1—2 Dosen rasche Abtrocknung, ebenso bei Impetigo contagiosa; zuweilen wurden Streptokokken bei der epidemischen Form derselben gefunden, und diese Fälle reagieren in wunderbarer Weise auf die Vakzinebehandlung. Ist der Staphylokokkus die Ursache, so sollte die Anfangsdosis 300 Millionen sein und bis auf 500 Millionen allmählich mit alle drei Tage wiederholten Einspritzungen gesteigert werden; der Streptokokkus wird in der Dosis von 25—50 Millionen in allmählicher Steigerung bis zu fünftägigen Zwischenräumen noch einen Monat nach dem Verschwinden der letzten Pustel injiziert. Beim Erysipel kürzt die frühe Vakzineanwendung den Verlauf der Krankheit ab, bessert rasch das Allgemeinbefinden und verhütet Komplikationen. Aber auch bei den anderen genannten Hautkrankheiten wirken die jeweiligen Keimimpfungen nicht nur als spezifische Mittel auf diese selbst, sondern sie bessern auch den Allgemeinzustand und erhöhen die Widerstandsfähigkeit des Patienten. Stern-München.

Die Gleitpuderpasten oder Mattane und ihre Verwendung in der Dermatologie und Kosmetik, von Georg Merzbach-Berlin. (Ther. d. Gegenw., Juni 1913.) Die Mattane sind Gleitpuderfettpasten, die trotz ihres Fettgehalts von 40% nicht glänzen und daher als Tagessalben ein weites Anwendungsfeld finden. Die teils wenig, teils gar nicht sichtbaren Mattanpasten gestatten auch offen getragene Hautstellen, wie Gesicht und Hände, ohne die Patienten in ihrer Berufsausübung zu beeinträchtigen, ohne sie dauernd unter einer schützenden Hülle zu halten. Das Eumattanum anhydricum bietet einen Salbenkörper, mit dem sich der Fettgehalt sogar auf 8—10% herabsetzen, der Wassergehalt auf 90—92% steigern läßt, ohne daß die Salben an ihrer Konsistenz Ein-

Digitized by Google

buße erleiden. Die Verwendung des Eumattans empfiehlt sich zur Herstellung von Salben mit wasserlöslichen Stoffen, wie Borsäure, Alaun, essigsaure Tonerde und Sublimat. Die Eumattanpasten werden als Gleitpuderpasten empfohlen, welche als Puderbestandteil entweder natürlichen Gleitpuder, nämlich Semen Lycopodii, enthalten oder künstlichen Gleitpuder. Gleitpuder artef. 40, Fett 40, Wasser 20, wird als gute Kühlsalbe empfohlen. Das Mattan kommt neben dem Zinkmattan mit Zusätzen von Ichthyol, Wismut, Schwefel, Lenigallol und anderen Stoffen in den Handel.

Chrzelitzer-Posen.

Zur Behandlung mit Hochfrequenzströmen, von August Laqueur und Walther Laqueur. (B. kl. W., 1913, Nr. 35.) Das Indikationsgebiet der d'Arsonvalisation ist ein sehr vielseitiges; zu seiner immer noch strittigen, genaueren Abgrenzung ist es nötig, daß recht viele Erfahrungen aus diesem Gebiet mitgeteilt werden. Die Verfasser berichten über einige 60 Fälle. Hautjucken infolge von Ekzem oder anderen Krankheiten, auch wenn es sehr hartnäckig war, konnte regelmäßig beseitigt werden. Bei rein nervösem Pruritus ohne erkennbare pathologische Veränderungen der Haut versagt dagegen in der Regel das Verfahren. Ein Fall von Psoriasis war nach einer dreiwöchigen täglichen Behandlung bis auf einige unbedeutende Reste geheilt. Ein wirkliches Heilmittel stellt diese Methode weiter für die Schlaflosigkeit dar; während bei neurasthenischen und hysterischen Erkrankungen viel Erfolge nicht zu erzielen waren.

Georg Heymann-Elbing.

Biologische und Heilwirkung der fluoreszierenden Substanzen in Verbindung mit Röntgenstrahlen, von F. Ghilarducci und E. Milani. (Policlinico, 1912, Nr. 11.) Die Röntgenstrahlen erzielen in Verbindung mit fluoreszierenden Substanzen eine viel energischere biologische Wirkung. Sie sind dann noch in Fällen wirksam, in denen sie allein keinen Effekt mehr ausgeübt hätten (bakterizide Wirkung auf Tuberkelbazillen in vitro). Die Kombinationswirkung Röntgenstrahlen + fluoreszierende Substanz ist viel intensiver als diejenige von Licht + fluoreszierende Substanz. Besonders die Tiefenwirkung ist eine größere. Allerdings ist Vorbedingung, daß die fluoreszierende Substanz in Kontakt mit den sie bestrahlenden Elementen ist.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Verwendung des Lichts zur Behandlung von Hautleiden (und Neubildungen der Haut), von A. Blaschko. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1913, Nr. 10.) Der rühmlichst bekannte Dermatologe gibt einen kurzen, aber inhaltsvollen Überblick über die Anwendungsformen, die Wirkungsweise und die Erfolge der drei Heilmittel: Licht-, Röntgen- und Radiumstrahlen in der Behandlung von Hautkrankheiten. Trotz der großen Erfolge mit der Bestrahlung in vielen Fällen sind natürlich auch die andern Heilmethoden zu berücksichtigen, wie Diätetik, Bakterio- und Serotherapie, Massage und die Behandlung mit internen Mitteln, außerdem Bäder und Salben, zumal auch die Strahlenbehandlung nicht immer den gewünschten Erfolg zeitigt.

Chrzelitzer-Posen.

Die Verwendung des Finsen-Lichts im London Hospital in den Jahren 1900 bis 1913, von J. H. Sequeira-London. (Lanc., 14. Juni 1913.) Der Wert der Methode ergibt sich recht deutlich aus folgenden Zahlen: Behandelt wurden 1356 Fälle von Lupus vulgaris, unter denen 544 als Vollheilungen zu bezeichnen sind, da sie zwischen 3 und 13 Jahren nachweislich rezidivfrei geblieben sind. Ferner fallen in die letzten drei Jahre, welche diese Arbeit umfaßt, 186 Fälle, welche bisher als vollständige Heilungen geführt werden können. Gelegentliche Rezidive bei sonst gutem Erfolge weisen 117 Patienten auf, während 161 ein besonders refraktäres Verhalten zeigen und niemals mit irgend welcher Zuverlässigkeit als kuriert bezeichnet werden konnten. Als

Digitized by Google

aussichtslos werden 31 Fälle geführt, während 127 Kranke sich der weiteren Beobachtung bzw. Behandlung aus irgend welchen Gründen entzogen, und bei 190 die Behandlung als erst eingeleitet zu betrachten ist. Ferner sind 155 Fälle von anderweitigen Erkrankungen, Lupus erythematosus, Ulcus rodens, Nävus usw. mit dem Finsen-Licht behandelt worden. Philippi-Salzschlirf.

Über diffuse ultraviolette Strahlung in der Therapie, von Axmann-Erfurt. (Jb. über Leist. u. Fortschr. auf d. Geb. d. phys. M., 1912, Bd. 2.) Der beste Ersatz des Sonnenlichts, das nur in Hochtälern seine volle Wirkung ausüben kann, ist das Quecksilberdampflicht. Uviollampe wie Quarzlampe sind nur graduell verschieden: für diffuse Strahlung kommt in erster Reihe jene in Frage, die man in beliebiger Größe bauen kann, während die Quarzlampe mehr für konzentrierte Strahlung geeignet ist.

Die biologische Wirkung der ultravioletten Strahlung beruht auf einem gefäßerweiternden Reiz und gesteigertem Stoffwechsel durch direkten Angriff auf die roten Blutkörperchen (vermehrter Sauerstoffandrang nebst Kohlensäureabgabe). Für lokale Behandlung eignen sich frische Ekzeme, Sykosis, Herpes tonsurans, Alopezia; spezifisch wirksam ist die Strahlung gegen Röntgen- und Radiumnaevi vasculosi. Strittig ist die Wirkung bei Psoriasis und Lupus. Von großem Wert ist die nutritive Reizwirkung des Uviollichts auf torpide Ulzera cruris.

Einstrahlungen in tuberkulöse Peritonealhöhlen sollen gute Resultate geben, wie auch Bestrahlungen bei fungösen Gelenkerkrankungen. Gute Resultate wurden auch bei chronischer Konjunktivitis und ulzerativer Keratitis erzielt.

Ganzbestrahlungen des Körpers „Uviolbäder" sollen ausgesprochen blutdruckvermindernd wirken und allmählich ähnliche Pigmentierungen herbeiführen wie die Sonnenbäder in Leysin und St. Moritz.

Es ist dabei gleichgültig, ob die großen Uviollampen oder größere Quarzlampen zur Anwendung gelangen, die Wirkung ist bei ersterer feiner und milder, bei letzterer gröber. H. Lautsch-Graudenz.

Über unsichtbare Schutzmittel gegen Veränderungen der Haut durch Licht, von C. Mannich-Göttingen. (Ther. Mh., 1913, Heft 4.) Unter den vielen Schutzmitteln sind Zeozon bzw. Ultrazeozon diejenigen Präparate, welche bei möglichster Farblosigkeit außerordentliches Absorptionsvermögen besitzen, die Haut nicht schädigen und nicht giftig siud, daß sie licht- und luftbeständig sind und weder stark riechen noch schmecken. Klagen über unangenehme Nebenerscheinungen sind nicht laut geworden. (Fabrikanten Kopp und Joseph, Berlin W. 35.) Chrzelitzer-Posen.

Neuere Indikationen der Quarzlampe, von S. Brustein-St. Petersburg. (Jb. über Leist. u. Fortschr. auf d. Geb. d. phys. M., 1912, Bd. 2.) Bericht über günstige Erfolge bei Neuralgien, krankhafte Herabsetzung des Stoffwechsels, krankhafte Erhöhung des Blutdrucks und Knochen und Gelenktuberkulose. H. Lautsch-Graudenz.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenbehandlung in den letzten Jahren, von H. E. Schmidt-Berlin. (B. kl. W., 1913, Nr. 20.) Verfasser bringt ein Übersichtsreferat über die wichtigsten Fortschritte der letzten Jahre, die in erster Linie auf dem Gebiet der Technik zu suchen sind. Zur Kontrolle der Röhrenkonstanz dienen das Sklerometer von Klingelfuss und das Qualimeter von Bauer. Für die Qualität einer Strahlung scheint der von Christen angegebene absolute Härtemesser zur Bestimmung der „Halbwertschicht" gute Dienste zu leisten. Von den Röhren hat sich für starke Beanspruchung die alte Wasserkühlröhre von Müller gut bewährt, speziell der Typ „Rapidrohr" mit etwas kräftigerer Antikathode. Neben den Induktor-Unterbrecherapparaten sind heute auch sogenannte unterbrecherlose Apparate in Gebrauch. Auch auf dem Gebiete der Bestrahlungstechnik, speziell der Tiefenbestrahlung, haben wir

Digitized by Google

Fortschritte zu verzeichnen. Verfasser bespricht weiter die Anämisierung und Hyperämisierung der Haut, um dann auf die neueren Indikationen für die Röntgenbehandlung einzugehen. Er schließt mit der Aufforderung, in allen Fällen, in welchen ein maligner Tumor operativ entfernt wurde, eine chronisch intermittierende prophylaktische Röntgenbehandlung einzuleiten. Georg Heymann-Elbing.

Die resorptive Wirkung der X-Strahlen, von Gottignies. (Policlinique, 1913, Nr. 18.) Die Röntgenstrahlen besitzen eine mächtige resorptive Wirkung und können daher bei chronischen Entzündungen große Dienste leisten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Röntgentherapie in der Dermatologie, von Nemenow. (Wratschebnaja Gaseta, 1913, Nr. 47 u. 48.) In dieser Arbeit berichtet Nemenow, der Leiter des Röntgenkabinetts an der dermatologischen Klinik wie an der chirurgischen Hospitalklinik zu Petersburg über seine reichen röntgenologischen Erfahrungen. Am größten sind dieselben in bezug auf Favus und Herpes tonsurans. In 66 Favusfällen gelang es ihm stets in 4—6 Wochen Heilung zu erzielen, freilich wuchsen in zwei Fällen keine Haare mehr. Unter 136 Fällen von Herpes tonsurans wurden 128 vollkommen geheilt, bei acht blieben dagegen einige Defekte im Wachstum der Haare nach. Irgend welche Wirkung auf das Gehirn sah Verfasser niemals. Unter 31 Fällen von Sykosis wurde in 12 Heilung und in 15 Besserung erzielt. In 10 Fällen von Akne vulgaris sah Verfasser stets Heilung auftreten, in 13 Fällen von Rosazea dagegen nur in drei. Unter 82 Fällen von Ekzem trat bei 51 Heilung und bei 29 Besserung auf.

Arthur Jordan-Moskau.

Die Röntgenstrahlen als therapeutisches Agens bei Krankheiten der Handteller, von H. Davis-London. (Brit. m. J., 17. Mai 1913.) Verfasser weist daraufhin, daß in England die Röntgenstrahlen viel weniger bei Dermatosen therapeutisch verwendet werden als z. B. in Deutschland, obwohl englische Verfasser über gute Erfolge beim Ulcus rodens, Lupus und Mycosis fungoides unter anderen Affektionen berichtet haben. Davis betont namentlich den Wert der Strahlenbehandlung bei chronischem Ekzem und Psoriasis und berichtet über drei Fälle dieser Leiden mit Lokalisation an den Handtellern, bei denen einige wenige Sitzungen von mäßiger Intensität ($^1/_2$—1 Pastille) prompte Heilung herbeiführten, nachdem die sonstige, längere Zeit hindurch fortgesetzte Behandlung erfolglos gewesen war. Philippi-Salzschlirf.

Die Einwirkung hoher X-Strahlen-Dosen, welche durch Filtration durch eine 3 und 4 mm dicke Aluminiumschicht gehärtet werden, auf die Haut und ihre Anwendung in der Röntgentherapie, von Cl. Regaud und Th. Nogier-Lyon. (Strahlenther., 1913, Bd. 2, Heft 3.) Aus der umfangreichen Studie seien einige der bemerkenswertesten Schlußfolgerungen hervorgehoben. Die gesunde Haut verträgt viel beträchtlichere Dosen von durch sehr dicke Filter gereinigten Strahlen als von Strahlen, die durch schwächere Filter bzw. überhaupt nicht filtriert werden.

Bei gleich hoher Dosis vermindert sich die Widerstandsfähigkeit der Haut in dem gleichen Maße, wie man Filter von geringerer als 4 mm Dicke benutzt.

Die Veränderungen der Haut, welche durch die hohen Dosen stark filtrierter Strahlen hervorgerufen werden, zeigen eine besondere Art der Entstehung und Entwicklung. Die Epidermis wird nach Anwendung von Strahlen, die durch 4 mm Aluminium filtriert wurden, zerstört, wenn die oberflächliche Dose 14—25 H entspricht. Die Latenzperiode dauert im Mittel drei Wochen. Die nach Aussehen und Entwicklung charakteristische Veränderung bezeichnen die Verfasser als Strahlenepidermitis. Die Hautsymptome, welche der Abstoßung der Epidermis vorausgehen, sind bei Einhaltung

Digitized by Google

der oben angegebenen Grenze der oberen Dosis gutartig. Es kommt nie zur Nekrose oder Ulzeration der Haut.

Die Epidermisierung dieser Wunde ist eine rasche. Der gutartige Verlauf der Strahlenepidermitis hängt aller Wahrscheinlichkeit nach von der Unversehrtheit der Papillarschicht der Kutis ab.

Diese Eigenschaften der durch 4 mm Aluminium filtrierten X-Strahlen geben Veranlassung, sie auch bei der Behandlung selbst oberflächlicher Neubildungen der Haut zu verordnen. Neben diesen Vorzügen bringt die intensive Röntgentherapie mit stark filtrierten Strahlen gewisse Gefahren für diejenigen Organe, welche unterhalb des Organs, welches man treffen will, gelegen sind.

Da die Keimzellen der Haarbulbi gegenüber den durch 4 mm Aluminium filtrierten Strahlen empfindlicher als die Keimschicht der Epidermis sind, so resultiert daraus eine beträchtliche Vervollkommnung der Behandlung der Hypertrichosis mit X-Strahlen.

Durch 4 mm Aluminium filtrierte X-Strahlen lassen, in den angegebenen Dosen angewandt, keine latente Überempfindlichkeit der Kutis zurück. Die so behandelten Partien können in den ersten Wochen nach der Bestrahlung der Sitz chirurgischer Eingriffe werden.

Von einem Strahlengemisch wird die Papillarschicht der Haut in diffuser Weise geschädigt, wird sie dagegen von harten, in geeigneter Weise filtrierten Strahlen getroffen, so wird diese gleiche Schicht in elektiver Weise, nämlich nur in den Keimzellen des Epithels geschädigt. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Zur Technik der Dosierung der Röntgenstrahlen speziell bei hohen Dosen, von A. Gunsett-Straßburg i. Els. (Strahlenther., 1913. Bd. 2, Heft 2.) Da Nogier den Nachweis erbracht hat, daß eine Dosis von 28 X, filtriert durch 4 mm Aluminium auf der Haut, erst eine Reaktion hervorruft, welche sonst von einer Dosis von 10 X (Erythemdose) harter, unfiltrierter Strahlen hervorgerufen wird, so wird, wie Verfasser meint, die Röntgenbehandlung der Hypotrichosis auch wieder zu Ehren kommen. Bei Verabreichung hoher Dosen ist eine exakte Dosierung Vorbedingung. Da das Sabouraud-Noirésche Dosimeter nur 10 H anzeigt, so macht Verfasser auf das in Deutschland wenig angewandte Chromovadiometer von Bordier aufmerksam. Dieses besteht wie das Sabouraudsche aus einer Bariumplatinzyanür-Tablette, die direkt auf die zu bestrahlende Hautfläche aufgeklebt wird. Das Instrument zeigt fünf leicht voneinander zu unterscheidende Testfarben; die Strahlenmenge, die nötig ist, um die Farbe einer Tablette bis zu jeder dieser Testfarben zu verändern, entspricht einer bestimmten Zahl von Einheiten, die Bordier als ein **J** bezeichnet. Diese ist wiederum der Röntgenstrahlmenge entsprechend, welche nötig ist, um aus einer 2%igen Jodoformlösung in Chloroform $^1/_{10}$ Milligramm Jod unter 1 Zentimeter Schichtdicke und 1 Quadratzentimeter Oberfläche unter Lichtabschluß freizumachen. Es entspricht z. B. 1 J = 3 X, 3,6 J = 10 X. Um exakt zu arbeiten, dürfen nur die speziell zu diesem Instrumente passenden, sensibilisierten Tabletten verwendet, und es müssen ungefähr die gleichen Röhrenbetriebsverhältnisse eingehalten werden, wie sie Bordier bei der Eichung benutzte.

Endlich muß die Tablette bei Tageslicht abgelesen werden. Um sich vom Tageslicht unabhängig zu machen, hat Nogier das Radiochromoskop konstruiert, dessen Einrichtung aus dem Original zu ersehen ist (ähnliche Instrumente sind von Ritter und neuerdings Krüger für die Sabouraud-Tablette angegeben worden).

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Röntgentherapie mit massiven Dosen, von Sidney Lange-Cincinnati. (J. am. med. assoc., 23. August 1913.) Die wichtigste Forderung bei der Röntgentherapie ist

Digitized by Google

die der Dosierung der Strahlen. Analog der Arzneimitteltherapie ist es von Bedeutung, die volle physiologisch wirksame Dosis anzuwenden. Kleine Röntgendosen zu geben, wenn die Höchstwirkung verlangt wird, ist das gleiche, wie z. B. 0.3 g Jodkali zu geben, wenn eine völlige Ausnutzung der therapeutischen Wirkung nötig ist. Diese volle therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen wird nur erreicht durch Auslösung der stärksten Reaktion, die möglich ist, ohne das benachbarte nicht erkrankte Gewebe zu schädigen. Ist die Dosis geringer, so müssen wiederholte Bestrahlungen stattfinden, bis die kumulative Wirkung eintritt. Dies Verfahren ist unsicher und zeitraubend; die einmalige massive Dosis verdient den Vorzug. Verfasser hat diese Beobachtung wiederholt bei der Behandlung von Hautkarzinomen gemacht; aber auch chronische Ekzeme, Psoriasis und andere Hauterkrankungen werden vorteilhafter mit gemessener massiver Dosis als durch Teildosen behandelt, wenn hierbei auch nicht immer eine volle Erythemdosis erforderlich ist. Bei der Tiefentherapie, unter Anwendung eines Aluminiumfilters von 1—3 mm Dicke, wobei die Pastille natürlich unter das Filter kommt, hat das Verfahren überraschende Erfolge ergeben: bei tiefgreifenden Hautkarzinomen, Karzinomen im Mund, besonders an der Zunge, Uterusmyomen, klimakterischen Hämorrhagien, Thymushypertrophien bei Kindern usw.

Wenn man nun auch die massive Einzeldosis nach bekannten Einheiten messen kann, so ist doch die Frage, wieviel Einheiten in einem bestimmten Falle gegeben werden sollen, noch unsicher und zum großen Teil dem persönlichen Ermessen anheimgegeben. Man muß daran denken, daß die biologische oder wirksame Dosis gleich ist der physikalischen Dosis, multipliziert mit dem Koeffizienten der Empfindlichkeit des zu behandelnden Gewebes. Fendt-Wiesbaden.

Das Radiochromoskop, ein Apparat, der eine exakte Schätzung der Röntgenstrahlendosen unter immer vergleichbaren Bedingungen gestattet, von Th. Nogier-Lyon. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, Heft 1.) Die Strahlen des Tageslichtes regen in hohem Maße die Fluoreszenz des Bariumplatinzyanürs an, und dies ist beim Ablesen der Tablette sehr hinderlich, weil man eine lebhaft fluoreszierende Tablette mit einem nicht fluoreszierenden gefärbten Objekt vergleichen soll. Aus diesen und anderen hier schon mehrfach erörterten Gründen schlagen Revaud und Nogier vor, die Ablesung nur bei künstlichem Lichte vorzunehmen.

Verfasser hat nun einen Apparat — das Radiochromoskop — konstruiert, der auf folgenden Prinzipien beruht: 1. Skala und Tablette werden mit einer Lichtquelle beleuchtet, welche unfähig ist, Fluoreszenz beim Bariumplatinzyanür zu erregen. 2. Skala und Tablette werden durch ein besonderes blaues Licht (blaugrünes Glas) betrachtet, welches der Skala und der Pastille diejenigen Farben wieder giebt, die sie bei Tageslicht hätten unter Ausschaltung der Fluoreszenzfarbe. Man hat also in dem Instrument eine immer vergleichbare, von Tages- und Jahreszeit unabhängige Beleuchtung, die Möglichkeit, auch bei Nacht genau zu dosieren, und schließlich die Möglichkeit, die Ablesung lange auszudehnen, da man ein Abblassen der Tablette nicht zu fürchten braucht.

Aus einem Schnitt und einer Abbildung ist die Einrichtung des Radiochromoskopes ersichtlich. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über die Anwendung nichtmetallischer Filter in der Röntgenstrahlentherapie, von Reginald Morton-London. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, Heft 1.) Verfasser hat gefunden, daß man bei Lederabdeckung Fälle von malignen Tumoren mit der doppelten bis dreifachen Dosis wie sonst bestrahlen kann. Er erklärt das mit der Annahme der Fähigkeit des Leders, die wenig penetrationskräftigen Strahlen zur Absorption zu bringen. Obgleich das Aluminiumfilter Vorteile hat, so liegt doch, wenn

Digitized by Google

es zu nahe an die Röhre gebracht wird, die Gefahr des Funkenüberspringens vor, was die Angabe der Pastille ungenau macht. Wird es andererseits nahe auf die Haut gebracht, so muß mit der Sekundärstrahlnng des Metalls gerechnet werden. Abgesehen davon ist schon an und für sich ein Filtermaterial vorzuziehen, das leicht ist, sich gut biegt und den Körperformen sich gut anpassen läßt.

Verfasser verwendet aus diesen Gründen gewöhnliche Leinwand, die mit wolframsaurem Natrium imprägniert ist. Jedes so präparierte Leinwandstück filtriert ungefähr so viel wie 0,3 mm Aluminium, doch kann man nach der Erfahrung des Verfassers eine größere Strahlenmenge applizieren, ohne Dermatitis zu bekommen, als bei einem Aluminiumfilter von scheinbar ebenso großer Filterwirkung. Sehr bewährt hat sich ihm sein Filter bei der Behandlung der Hypertrichosis. Er appliziert $^1/_8$—$^1/_2$ Erythemdose (nach Sabouraud) bei Filtrierung durch eine Lage der imprägnierten Leinwand. Dies wiederholt er innerhalb der ersten 14 Tage dreimal, später zweimal wöchentlich. Nach etwa 10—12 Sitzungen kann man die Haare mehr oder weniger leicht ausziehen. Dann gibt man wöchentlich eine Bestrahlung, bis völlige Epilation erzielt ist. Nach 2—3 Monaten kommen dann meist einige wenige Haare wieder, zu deren Entfernung noch weitere 6—8 Bestrahlungen nötig sind. Der Hauptvorteil dieser Methode, die Verfasser angelegentlich zur Nachprüfung empfiehlt, ist Sicherheit vor Schädigungen innerhalb weiter Grenzen und Erzielung der Atrophie der Haarfollikel durch allmähliches, aber ununterbrochenes Vorgehen. Was die Abmessung der Dosis anlangt, so kann man die Sabouraud-Pastille verwenden, und zwar am besten nach der Methode Hampsons. Die Pastille wird auf das Filter, das seinerseits der Haut dicht anliegt, aufgelegt. Die Skala des Hampsonschen Radiometers ist in Grade eingeteilt, deren jeder $^1/_4$ der Epilationsdosis entspricht; es wird auf die bestrahlte Fläche gelegt. Legt man es nun auf die Oberfläche des Filters, so bekommt die zu bestrahlende Hautfläche nicht ganz die gleiche Dosis, was aber nach Ansicht des Verfassers kein Nachteil sein und sich durch entsprechende (? d. Ref.) Korrektur leicht rektifizieren lassen soll.

Zum Schlusse warnt Verfasser selbst zur Vorsicht mit seinem Filter, bevor nicht eine ganz gleichwertige Herstellung des Materials gewährleistet sei.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über die Grundlage der Röntgen- und Radiumtherapie, von W. Deane Butcher-London. (Strahlenther., 1913, Bd. 2, Heft 2.) Nach Verfasser sucht man sich durch drei verschiedene Hypothesen die Strahlenwirkung zu erklären: 1. Radiovakzinationstheorie; 2. mechanische Theorie; 3. „kannibalische" Theorie. Unter Radiovakzination ist die Anschauung zu verstehen, daß unter dem Reiz der Strahlen der Patient die erforderliche Vakzine liefert; so läßt sich die Heilung verschiedener Hautkrankheiten: Psoriasis, Lupus, Ekzem, Akne erklären unter der Einwirkung äußerst kleiner Dosen X-Strahlen. Ein gewichtiges Argument zugunsten der Vakzinehypothese ist die Latenzperiode nach Röntgen- und Radiumbehandlung.

Die durch Leduc vertretene mechanische oder physikalische Theorie erklärt die Vorgänge der Mitose und der Zellteilung als auf den physikalischen Gesetzen der Osmose und Diffusion beruhend. Man nimmt an, daß die Strahlen die größeren Moleküle des Gewebes in kleinere Gruppen oder Ionen aufspalten, wodurch lokale Herde gesteigerter Konzentration und Zentren osmotischer Kräfte gebildet werden.

Die sog. kannibalische Theorie hält Verfasser für die fruchtbarste. Diese besagt, daß jede physiologische wie pathologische Zellproliferation primär auf Zelltod beruht. Der Tod der Zelle ist Ursache von Zellwachstum, beim Krebs verursacht der Zelltod das Wachstum des Tumors. Wenn die Strahlen wie Geschosse das Gewebe bombardieren, so stirbt hier und da eine Zelle. Diese Leichen finden sich verstreut

Digitized by Google

im ganzen bestrahlten Gebiet, die Produkte ihrer Zersetzung werden die wandernden Freßzellen anziehen und zur Vermehrung anregen. Die ganze Nachbarschaft wird so gereizt, und fremde Zellen werden angezogen. So erklärt Verfasser in gleicher Weise die Resorption eines Adenoms unter der Wirkung der X-Strahlen oder das Verschwinden eines Lupus durch Radiumbestrahlung. Ist aber die Zerstörung zu ausgedehnt, so können andere chemische Substanzen produziert werden, die Zellen des bestrahlten Gebietes selbst werden zu abnormem Wachstum angeregt.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Radium als Heilmittel, von W. Falta-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 43.) Ausführliche Darlegung der biologischen Effekte bei direkter Bestrahlung und bei innerer Bestrahlung, d. h. durch Einverleibung des radioaktiven Elementes. Wenig Dermatologisches. W. Lehmann-Stettin.

Radium bei Hautkrankheiten, von Frank E. Simpson-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 12. Juli 1913.) 45 Patienten mit 15 verschiedenen Hauterkrankungen wurden in etwa tausend Sitzungen mit Radium behandelt. Die durch Radium in den Geweben hervorgerufene Reaktion kann erstens selektiver, zweitens entzündlicher Art sein. In der Praxis kommen beide zur Wirkung. Etwa zwölf Fälle von Epitheliom im Gesicht kamen zur Behandlung; die Erfolge waren zufriedenstellend; sie hängen ab von der Menge des zur Verfügung stehenden Radiums und von der Anwendungsmethode. Ob es den Röntgenstrahlen bei der Therapie der Epitheliome überlegen ist, kann noch nicht entschieden werden. Bei drei Fällen von Angiom, darunter ein kavernöses, waren die Erfolge gut, ebenso bei einem Naevus pigmentosus. Ein Fall von Lupus vulgaris auf der Wange eines zwölfjährigen Kindes, der seit sechs Jahren bestand, wurde geheilt, ebenso zwei Fälle von Tuberculosis cutis verrucosa. Von Nutzen erwies sich Radium weiterhin bei einem flachen, schuppigen Syphilid, bei Blastomykosis, Sycosis vulgaris, Keloid. Bei einer lokalisierten Hypertrichosis verschwanden nach fünf Anwendungen die Haare dauernd, ohne eine Veränderung der Haut zu bewirken. Günstige Erfolge wurden noch beobachtet bei Dysidrosis, Neurodermitis, Trichophytie der Fingernägel, Lichen ruber planus, Psoriasis und Lupus erythematosus. Fendt-Wiesbaden.

Die Verwendung des Radiums bei der Behandlung der Hautepitheliome, der Angiome und der Keloide, von Wickham und Degrais-Paris. (Handb. der Radium-Biol. u. -Ther. Wiesbaden 1913, T. F. Bergmann.) Wickham und Degrais, die wohl in der Radiumbehandlung die größten Verdienste als Forscher und die größten Erfahrungen besitzen, haben in dieser kurzen Arbeit an der Hand einer größeren Reihe außerordentlich instruktiver Bilder ihre Erfahrungen in der Radiumtherapie bei Epitheliomen, Angiomen und Keloide niedergelegt. (Sie verweisen hierbei auf ihre ausführlichere Darstellung in ihrem Buche: Radiumtherapie von Wickham und Degrais, 2. Aufl., Paris 1912, Verlag von Baillère.) Sie warnen wiederholt vor den Gefahren der anscheinenden Leichtigkeit der Handhabung der Apparate: „Wenn man nicht erst nach reiflicher Überlegung den in jedem einzelnen Falle erforderlichen Filter, die geeignete Dosis annimmt, so arbeitet man direkt auf Mißerfolge, auf Verbrennungen und auf den Mißkredit der Methode hin". Die Erfolge, die diese Forscher erzielt haben, sind aber auch außerordentlich gute. Diese Erfolge stützen sich bei der Behandlung der Epitheliome und Angiome auf eine Beobachtung von mehr als je 1000(!) Fälle, bei zum Teil jahrelanger Kontrolle. Ganz hervorragend scheint die Wirkung der „elektiven Reaktionsmethode" bei den Angiomen: Ein Bild zeigt bei einem jungen Manne ein flaches, dunkel gefärbtes, tief infiltriertes Angiom, das die unteren $^3/_4$ der ganzen linken Wange einnimmt, und daneben sieht man das Bild desselben Falles nach der

Digitized by Google

Behandlung; das Muttermal ist ohne Entzündung völlig beseitigt, die gesamte befallene Hautfläche erscheint wieder völlig normal. Neben den Erfolgen bei Keloiden berichten die Autoren auch über gute Erfolge beim Aknekeloid. Eugen Brinitzer-Altona.

Zur Therapie mit Radiumträgern, von Alfred Jungmann. (Wien. klin. Rdsch., 1913, Nr. 38.) Verfasser bringt die Bilder von Patienten mit Hautkarzinomen, Lupuskarzinomen, Lupus und Nävus, die durch Radium in treffender Weise geheilt wurden und durch mehr oder weniger lange Zeit rezidivfrei sind.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Radiumtherapie in der Praxis, von Carl Mayer-Wiesbaden. (Radium in Biol. u. Heilk., 1912, Bd. 1, Heft 12.) In vier Fällen von Furunkulose ohne Diabetes beobachtete Verfasser prompte und dauernde Heilungserfolge durch Radiuminhalation.

Durch die gleiche Behandlung wurde ein Fall von Dermatitis urica in 20 Sitzungen von je zwei Stunden geheilt, doch stellte sich nach drei Monaten ein Rezidiv ein.

Dieser Fall beweist, daß die Einwirkung der Radiumemanation auf die Harnsäure eine unmittelbare und zweifellose ist. O. Valentiner-Leipzig.

Das Radium und seine therapeutische Verwendung in der Dermatologie, von Gustav Riehl und Max Schramek-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 37 u. 38.) Die in den Kursen für praktische Ärzte gehaltenen Vorlesungen sind hier zusammengefaßt und bringen in dem allgemeinen Teil, der die Entdeckung, Gewinnung und Eigenschaften des Radiums betrifft, nichts Neues. Ein kurzer Überblick über die bisher veröffentlichten Arbeiten gibt eine Übersicht über die biologischen Wirkungen des Radiums.

In der k. k. Radiumstation sind zwei nach verschiedenen Prinzipien hergestellte Trägerarten in Verwendung. Bei der einen ist das Radium in einer überaus dünnen Lackschicht auf Metallplatten frei aufgetragen, während bei der zweiten das Radiumsalz durch verharztes Terpentinöl auf einer Metallplatte fixiert und durch ein Glimmerfenster abgeschlossen ist. Als Form der Träger hat sich für die Bestrahlung der Haut die viereckige am besten bewährt, da durch sie eine Abgrenzung der bestrahlten Zone am besten ermöglicht wird, während runde Träger oft ausgesparte und nicht bestrahlte Ränder liefern. Alle die verwendeten Träger sind genau definiert, aber nicht durch den Salzgehalt, sondern durch den Gehalt an Radiummetall auf 1 qcm Fläche bezogen.

Wirksam sind in erster Linie die γ-Strahlen, da die α-Strahlen durch jegliche Umhüllung abgehalten werden und dadurch bei den meisten Trägern nicht an die Außenwelt treten. Über die Absorption der β-Strahlen sind die Meinungen der Physiker noch geteilt; jedenfalls stellen sie das biologisch wirksame Prinzip dar, da auch die γ-Strahlen, bei denen wegen ihrer großen Penetrationsfähigkeit eine Wirkung beinahe überhaupt ausgeschlossen erscheint, im Gewebe weichere Strahlen vom Charakter der β-Strahlen erzeugen, die zur Absorption gelangen und so im Gewebe selbst zur Wirkung kommen. Die Reaktionen, die nach Einwirkung des Radiums erhalten werden, lassen sich bei geeigneter Filtrierung, durch Wahl der Stärke des Radiumträgers und passende Dauer der Einwirkung variieren. Die Wirkungen der Radiumbestrahlung bei Geweben werden an der Hand eigener Erfahrungen und der darüber publizierten Literatur kurz dargestellt.

Günstige Einwirkungen wurden bei Tumoren, besonders beim Karzinom, und zwar nicht nur beim Hautkrebs, sondern auch bei tiefliegenden Karzinomen und Drüsenmetastasen festgestellt. Hierbei wird besonders darauf aufmerksam gemacht, daß die Randpartien womöglich zuerst und sehr intensiv zu bestrahlen sind. Bei den verschiedenartigsten Affektionen wurden gute Resultate erzielt, besonders hervorgehoben werden die hypertrophischen Narben, tiefliegende Angiome, weniger die oberflächlichen

Digitized by Google

Naevi flammei, und gewisse Formen des Lupus. Auffallend war die gute Wirkung der Radiumbestrahlung in einem Fall von Röntgendermatitis der Hand.

Versuche mit radioaktiven Umschlägen wurden in der Weise gemacht, daß über die in emanationshaltige Flüssigkeit getauchten Kompressen eine dichte Umhüllung aus impermeabeln Stoff (Billroth-Battist) fest abschließend gelegt wurden. Bei den Bädern wurden auf ein Vollbad von ca. 200 l Wasser ca. 30000 und langsam steigend bis zu 200000 Macheeinheiten verwendet. W. Lehmann-Stettin.

Die Radiumtherapie in der Dermatologie, von J. Barcat-Paris. (Strahlenther., 1914, Bd. 4. Heft 1.) Zunächst werden die einzelnen Apparate, mit denen Verfasser arbeitet, skizziert. Diese sind: 1. Die geschlossene Tube, von meist zylindrischer Form, enthält das Radiumsalz in mehr oder weniger dicker Schicht, sie ist besonders geeignet zur Behandlung von Tumoren. 2. Die Lackapparate von Danne. Ist die Lackschicht nicht zu dick ausgefallen, so setzt sich das Strahlengemisch aus β- und γ- und sogar einigen α-Strahlen zusammen. Die Totalstrahlung ist viel wirksamer als diejenige der Tuben: 1 cg reines Radium gibt auf der Oberfläche dieses Lackapparates von 4 qcm eine Totalstrahlung von 45000 Einheiten, während dieselbe Menge Radium in einem geschlossenen Tubus von Dominici nur 3500—4000 Einheiten gibt. Die Lackapparate sind bei allen dermatologischen Fällen anwendbar. 3. Stoffapparate, diese bestehen aus Stoffstücken, auf deren Oberfläche das Radium mittels einer sehr dünnen Schicht Danne-schen Leimes aufgeklebt ist. Diese Apparate sind bequem überall aufzulegen, haben aber den Nachteil, daß sie rasch brüchig werden. Die Lack- und Stoffapparate dürfen niemals ohne eine schützende Hülle auf die Haut aufgelegt werden, weil die sezernierten Flüssigkeiten schädigend auf Lack- und Klebstoff einwirken und die geringste Feuchtigkeit die Emission der Strahlen hindert. Der beste Schutz ist eine Kautschukhülle. Vor dem Gebrauch hat stets eine Eichung der Apparate zu geschehen, und zwar sind drei Messungen vorzunehmen: 1. Gesamtstrahlung, 2. Strahlung, welche $^4/_{100}$ Aluminium passiert hat, und 3. Strahlung, welche durch $^5/_{10}$ mm Blei gefiltert ist. Die Methodik teilt Verfasser in drei Arten ein und zwar in die Methode der weichen Strahlung, in die der penetrierenden und endlich in die Methode der ultrapenetrierenden Strahlung. Bei der Methode der weichen Strahlung wird so wenig als nur möglich gefiltert, es ist dies die Methode der Totalstrahlung, sie wird bei sehr oberflächlichen Hautaffektionen angewandt, ihre Verwendung ist daher eine beschränkte. Je nach der Applikationsdauer erhält man mit ihr vier Reaktionsgrade (das Stadium sedativum, das erythematosum, das erythematös-schuppende und das erythematös-ulceröse Stadium). Alle diese Reaktionsformen sind schmerzlos, höchstens verursachen sie leichtes Juckgefühl. Die Methode der penetrierenden Strahlung läßt sich kurz so charakterisieren, daß sie zwar die Fähigkeit hat, auch Tiefenwirkung zu entfalten, dabei aber die biologischen Qualitäten der Totalstrahlung beibehält. Zur Filterung genügt bei Dematosen fast immer ein $^1/_{10}$ mm dicker Bleischirm. Bei der Methode der ultrapenetrierenden Strahlung nach Dominici finden nur Strahlen Verwendung, welche wenigstens ein $^4/_{10}$ mm dickes Bleifilter passiert haben. In der Methode gehört ferner die Eliminierung der bei der Passage der harten Strahlen ins Metall entstehenden Sekundärstrahlung durch ein Sekundärstrahlenfilter (2 mm dicke Seidenpapierschicht). Die ultrapenetrierende Strahlung besitzt bemerkenswerte Eigenschaften; obwohl sie sehr schwach zu sein scheint (die Aktivität eines Lackapparates, der ohne Filter 400000 Einheiten mißt, sinkt nach Einschaltung von $^4/_{10}$ mm Blei auf 4000 Einheiten), so erweist sie sich doch von außerordentlich starker Wirkung auf maligne Tumoren. Das gesunde Gewebe wird von ihr auffallend wenig angegriffen. Im zweiten Teile der sehr umfangreichen und ausführlichen Arbeit geht Verfasser zur Schilderung der speziellen Anwendung des Radiums in der Dermatologie

Digitized by Google

über. Er arbeitet hauptsächlich mit einem flachen, viereckigen Lackapparate, der auf 4 qcm Oberfläche 4 cg einer Mischung von Radium-Bariumsulfat enthält mit 25% reinem Radium. Dieser mit einer $^1/_2$ mm dicken Kautschukschicht versehene Apparat gibt eine Strahlenmenge von 25000—35000 Einheiten. Verfasser verwendet das Radium bei folgenden Affektionen: Hautkrebs, Schleimhautepitheliome, Leukoplakie, Keratoma senile, Angiomen, Warzen, Papillomen, spitzen Kondylomen, Naevi, Keloid, entstellenden Narben, Lupus vulgaris, Tuberculosis cutis verrucosa, Lupus erythematodes, tuberkulösen Drüsen, Skrophuloderma, Erythema induratum Bazin, Psoriasis, Ekzem, Pruritus, Akne rosacea, Sykosis, Granulosis rubra nasi, Mykosis fungoides, Lepra, Adenoma sebaceum, Molluscum contag., Xanthom, Rhinophym und Nagelaffektionen. Die Technik wird bei jeder einzelnen Krankheitsform genau geschildert und muß im Original nachgelesen werden, dessen eingehendes Studium jedem, der in der Lage ist, Radium anwenden zu können, nur empfohlen werden kann. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Radiumbehandlung in der Chirurgie und Dermatologie, von Fritz Dautwitz-Joachimsthal. (W. kl. W., 1913, Nr. 41.) An der bei den hochaktiven Quellen St. Joachimsthal errichteten k. k. Kuranstalt sind bisher mehr als 2300 Fälle behandelt worden, die sich auf die verschiedensten Gebiete der Medizin verteilen. Gute Resultate sind erreicht worden bei Neurodermitis, chronischem Ekzem, Lupus erythematosus, Rezidiven von operativ behandeltem Lupus vulgaris des Gesichtes, Rhinophyma, Cornu cutaneum und von ausgedehnten, sehr derben narbigen Veränderungen des subkutanen Zellgewebes des rechten Oberarmes nach wiederholten Injektionen von Kampferöl und Koffein, im Verlaufe eines schweren Typhus. Ebenso konnten Myxolipome günstig beeinflußt werden. Zahlreiche Fälle von ganz desolaten inoperablen Krebskranken wurden der Behandlung unterzogen. Aus den hierbei gemachten Erfahrungen zieht Verf. folgende Schlußfolgerungen: a) Selbst in derartigen Fällen sind durch Radiumbestrahlung trotz Versagens anderer therapeutischer Maßnahmen noch Erfolge zu erzielen, die, wenngleich sie sich auch nur über eine mehr oder weniger lange Zeitperiode erstrecken, das Leiden der Kranken doch erträglicher machen. b) Die der Behandlung selbst großer inoperabler bösartiger Geschwülste mit ultrapenetrierenden Strahlen folgende Latenzzeit muß mit wenigen Ausnahmen als eine sehr kurze, nicht mehr nach Tagen zählende angenommen werden, und ergibt sich daraus ein weiterer Beitrag dafür, daß die Radiumwirkung ihren ersten Einfluß gewiß der spezifischen Geschwulstzelle gegenüber geltend macht. c) Es ist deshalb von der Radiumbehandlung inoperabler, bösartiger Tumoren ein um so besserer Erfolg zu erhoffen, je früher die Bestrahlungen nach Erkennen des Inoperabelseins der Geschwulst einsetzen. d) Da entsprechend der kurzen Latenzzeit sehr bald die Schädigung der Geschwulstzelle nach Radiumbestrahlung eintritt, so ist es zur Vermeidung eines Rezidivs und daraus entstehender Matastasenbildung angezeigt, der Operation einer bösartigen Neubildung Radiumbestrahlungen folgen zu lassen. e) Die bei inoperablen malignen Tumoren zum Erreichen eines Erfolges nötige, manchmal sehr hohe Strahlenmengen bringt zuweilen vorübergehende, unangenehme Nebenerscheinungen (Schädigung der Haut, Störungen des Allgemeinbefindes usw.) mit sich, die in Berücksichtigung des Grundleidens doch eine untergeordnete Rolle spielen dürften, auf deren eventuelles Eintreten aber der Kranke im Beginne der Behandlung aufmerksam zu machen ist. f) Nur unter Ermanglung der Zustimmung des Patienten zum chirurgischen Eingriff halte ich bisher die Radiumbehandlung eines operablen malignen Neoplasmas für angezeigt. W. Lehmann-Stettin.

Neue externe Applikationsmethode des Radiums, von E. Vallet. (Presse méd., 1913, Nr. 69.) Der Verfasser will die Radiumapplikation vereinfachen und verbilligen. Er will deshalb die Intensität der Bestrahlung durch die lange Dauer der

Digitized by Google

Bestrahlung ersetzen. Um ganz geringe Radiummengen auf bequeme Weise möglichst lange mit der Haut in Berührung zu bringen, ist der Verfasser folgendermaßen vorgegangen. Das Radium wird gut dosiert und möglichst gleichmäßig verteilt, einer mit Grenetin hergestellten Masse einverleibt, welche die Eigenschaft hat, farblos und nicht reizend zu sein, sich der Haut gut anzuschmiegen und dort äußerst fest zu haften. Zur leichteren Verwendbarkeit wird die Substanz in Form dünner Häutchen in den Handel gebracht, welche der Arzt je nach dem Fall zurecht schneidet und auf die kranke Stelle klebt. Das Präparat heißt: „Endermo-Radium". Die Applikationsdauer ist immer eine sehr lange, man kann deshalb die Wirkung täglich kontrollieren und je nach dem gewünschten Resultate abstufen. Es gibt also keine unnötigen Verbrennungen und unnötige Radiodermitiden mit ihren Narben. Ist die Läsion sehr groß, so wird ein Endermo-Radium verwandt, das weniger Radium enthält, damit der Preis nicht zu hoch ausfällt. Man braucht dann erst vom 50. Tage an die Haut zu beobachten und kann erst vom 75. Tage an auf eine Depilation rechnen. Ist die kranke Stelle nur klein, so benützt man ein Präparat, das viel mehr Radium enthält. Es ist ungefähr 4mal so stark als das vorhergehende. Die Defilation erfolgt hier nach 15 bis 20 Tagen. Diese Zahlen stellen aber nur Minima dar, man muß in praxi das Pflaster je nach dem Fall viel länger liegen lassen. Diese Form der Radiumapplikation kann als Behandlung der Wahl gelten bei folgenden Krankheiten: Flache Angiome, Pigment- und Haarnävi, Hautepitheliome und senile Seborrhoe, Lupus vulgaris und erythematosus, Tuberculosis verrucosa, juvenile und plane Warzen sowie Papillome.

A. Gunsett-Straßburg.

Über einige mit Radium behandelte Erkrankungen der Ohrmuschel, und zwar je einen Fall von Epitheliakarzinom, Sarkom, Lupus und Tuberkulose, von Viktor Urbantschitsch-Wien. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, Heft 1.) Bei dem Fall mit Epithelialkarzinom handelte es sich um einen 73jährigen, körperlich sehr heruntergekommenen Patienten. Das Karzinom saß an der linken Ohrmuschel, im unteren Teil der Koncha von $1^1/_2$ cm Umfang. Nach 12wöchiger Behandlung flachte sich das Karzinom bedeutend ab und erwies sich 8 Wochen nach ausgesetzter Behandlung als vollständig geschwunden. Die von der Radiumstation des Allgem. Krankenhauses zur Verfügung gestellten Radiumträger waren mit 8 Stanniol- und Kautschukhüllen umgeben, 5.9 mg Radiummetall wurden 5 Stunden in sechs Sitzungen, 2.55 mg 9 Stunden in neun Sitzungen und 7.82 mg 5 Stunden in fünf Sitzungen dem Karzinom aufgelegt. Das Sarkom saß bei einem 40jährigen Manne oberhalb des Lobulus der rechten Ohrmuschel, haselnußgroß. In 3wöchiger Behandlung erfolgte bedeutende Verkleinerung, nach einer Pause von 7 Wochen erschien das Sarkom völlig geschwunden. Ein seit 10 Jahren bei einem 36jährigen Patienten bestehender Lupus der Ohrmuschel wurde mit Kreuzfeuer behandelt mit 10.0 mg Radiummetall und 2.55 mg, die mit 8 Stanniol- und 2 Guttaperchahüllen umgeben waren. Nach 8wöchiger Behandlungspause zeigte sich das Ohrläppchen ganz abgeflacht. Der Patient bleibt jedoch noch in weiterer Beobachtung. Endlich behandelte Verfasser noch einen 45jährigen Patienten wegen tuberkulöser Geschwüre der rechten Ohrmuschel. Der Radiumträger war nur mit einer Guttaperchahülle versehen. Sämtliche Ulzera heilten. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Ein Filterapparat für Radiumbestrahlungen, von R. Bassenge-Wien-Berlin. (W. kl. W., 1913, Nr. 38.) In einem vernickelten Messingrahmen von ungefähr 5 cm im Quadrat werden die filtrierenden Metallplatten von Silber, Blei oder Aluminium in der beabsichtigten Stärke eingelegt, der Radiumträger selbst in einem Diaphragma aus Hartgummi von passender Größe über den Filtersatz befestigt und das Ganze durch

Digitized by Google

einen scharnierartig mit dem seitlichen Rahmen verbundenen, ausgeschnittenen Decke festgehalten. Abbildungen. W. Lehmann-Stettin.

Über medikamentös kombinierte Radiumtherapie, von MAX SCHRAMEK-Wien. (W. kl. W., 22. Januar 1914, Nr. 4.) An der Klinik RIEHLS wurde das Verfahren PFANNENSTIELS, Jod in statu nascendi therapeutisch auf das Gewebe, in dem es entstanden war, einwirken zu lassen, in der Weise modifiziert, daß nach innerer Joddarreichung das jodabspaltende Mittel durch eine Radiumbestrahlung, die nach KAILAN Jodalkalien zersetzt, ersetzt wurde. Dadurch war es ermöglicht, auch solche Fälle zu behandeln, bei denen die Hautdecke nicht exulzeriert war, da die Strahlung des Radiums die Hautschichten durchsetzt und auch in der Tiefe des Gewebes ihre Wirkung ausübt. Die bei tieferreichenden Herden notwendigerweise sehr intensive Bestrahlung konnte bei offenen Krankheitsherden sehr abgekürzt werden. In 8 Fällen von Lupus vulgaris und in 3 Fällen von tuberkulösen Ulzerationen konnte eine wesentliche Beeinflussung der Krankheitsherde erreicht und über ein Jahr beobachtet werden. Weitere 30 Fälle stehen noch in Behandlung. Von den Fällen werden einige des genaueren mitgeteilt. W. Lehmann-Stettin.

Versuche mit „Radiolymphe", von LEOPOLD FREUND-Wien. (Fortschr. d. Röntgenstr., Bd. 21.) Verfasser hat den Gedanken wieder aufgenommen, daß durch Bestrahlung im Gewebe Substanzen entstehen, die die Ursache der biologischen und therapeutischen Wirkungen sind und sich vom bestrahlten Körper auf andere übertragen lassen. Durch kräftigste Röntgen-, Radium- oder Mesothoriumbestrahlungen lebender Gewebe möchte er in denselben möglichst große Mengen solcher supponierter Substanzen erzeugen; er glaubt, daß es sich um chemische Körper, Zerfallsprodukte des Eiweißes, dabei handelt. Er hat die betreffenden Gewebe (Haut und drüsige Organe gesunder Tiere, Blut usw.) nach der Bestrahlung mit Glyzerin verrieben und so eine lympheartige Flüssigkeit gewonnen, die er „Radiolymphe" nennt. Bei intrakutaner Injektion trat eine lokale Reaktion auf. Unter dieser Reaktion traten bei etwa 10 Fällen maligner Neubildungen Veränderungen, Rückgang usw. auf, doch war die Wirkung eine vorübergehende. W. Lehmann-Stettin.

Radium und Mesothorium, von LEOPOLD FREUND-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 10.) FREUND berichtet kurz über die Erfolge, die er mit Mesothorium bei Lupusbehandlung erzielt hat, und vergleicht die Wirkung des Mesothoriums mit der des schwer und nur mit großen Kosten erhältlichen Radiums. Mesothorium ist ein radioaktives Präparat, welches aus dem Monazitsande, dem bei der Fabrikation von AUERschen Glühstrümpfen verwendeten Thoriumrohstoffe gewonnen wird und in großen Quantitäten zur Verfügung steht, so daß man hoffen kann, daß es in absehbarer Zeit für jeden Praktiker zu erschwinglichen Preisen zur Verfügung stehen wird. Es sendet ebenso wie die Radiumpräparate β- und γ- Strahlen aus, die wohl etwas weniger Durchdringungskraft haben als die entsprechenden Strahlen des Radiums, was aber für therapeutische Zwecke vielleicht ein Vorteil ist. Zu den Vergleichen der Wirkungen seiner Mesothoriumkapsel, die 16 mg Mesothorium mit einer 0,6 mm dicken Glimmerplatte bedeckt enthielt, verwendete FREUND erstens den biologisch wirksamsten Radiumträger VII der Wiener Radiumstation, der auf einer Fläche von 3 qcm 50,7 mg Radiumbariumkarbonat (16,6 mg Radiummetall) mit einer 0,03 mm dicken Glimmerplatte enthält, und zweitens den Radiumträger II derselben Station, der auf 1 qcm 16,1 mg $RaBaCO_3$ (5 mg Radiummetall) enthält und mit einer Glimmerplatte von 0.04 mm Dicke bedeckt ist. Er ließ die drei Strahlenträger je 6 Minuten auf einer normalen Hautstelle des Oberarms liegen und konnte dann konstatieren, daß bei dem Erythem durch das Mesothorium und dem

Digitized by Google

durch den Radiumträger VII nur eine unbedeutende Differenz bestand, in dem der letztere eine etwas lebhaftere Rötung hervorrief, daß hingegen der Radiumträger II eine kaum sichtbare Rötung erzeugt hatte, d. h. der Effekt seines Mesothoriumpräparates entspricht in seiner Intensität etwa dem Effekte einer 3 mal so großen Quantität von Radiumbariumkarbonat (d. h. dem Träger VII). Die Reaktion wurde noch beträchtlich gesteigert, wenn FREUND vorher eine Adrenalininjektion machte. Auch therapeutisch (bei Lupus vulgaris, Psoriasis, Epitheliom) fand FREUND keinen wesentlichen Unterschied zwischen den Radiumpräparaten und dem Mesothorium. Dann bespricht FREUND noch die Wirkung filtrierter Strahlen, die nicht direkt proportional ist dem Prozentsatz der Strahlen, die der Filter hindurchläßt, sondern deren Intensität erst in jedem einzelnen Falle festgestellt werden muß. In bezug auf die in der Debatte gemachten Äußerungen SCHRAMEKS, daß man wohl auch die Sekundärstrahlen, die beim Auftreffen auf feste Körper und in deren Innern entstehen, berücksichtigen müsse, entgegnet FREUND, daß sich diese Sekundärstrahlen leicht ausschalten lassen, indem man die Metallfilter mit schwarzem Papier überzieht. Lasch-Breslau.

Erfahrungen über Radium- und Mesothoriumtherapie maligner Tumoren, von OTTO SCHINDLER-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 36 und 37.) Verfasser arbeitet seit einigen Jahren mit Radium und hat verschiedene Radiumträger in seinem Besitz, deren Aktivität er vom k. k. Institut für Radiumforschung hat prüfen lassen; teils handelt es sich um 3 cm lange DOMINICI-Rörchen, teils um Metallträger, auf denen das Salz mit Lack fixiert ist. Mesothorium hat Verfasser in der WICHMANNschen ovalen Kapsel verwendet. Er hat sich im großen und ganzen bezüglich der Technik der Bestrahlungen an das von WICKHAM und DEGRAIS geübte Verfahren gehalten. Bei ganz oberflächlichen Hautkrebsen kamen nur schwache, mit 2 mm Kautschuk und einigen Stanniollagen gefilterte Träger zur Anwendung, während bei allen tiefersitzenden Karzinomen mit 0,5—2,5 mm dicken Blei- oder Silberlamellen gefiltert wurde. Um die schädliche Sekundärstrahlung abzuhalten, welche bei langen Applikationszeiten schwere Verbrennungen hervorrufen kann, wurden 20 bis 40 Lagen Mattpapier zwischengelagert und als äußere Hülle ein bis zwei Lagen BILLROTH-Battist verwendet. Da die nach Filtration überbleibenden γ-Strahlen nur einen ganz geringen Bruchteil der Gesamtstrahlung ausmachen, muß man sehr kräftige radioaktive Apparate haben und außerdem noch sehr lange Zeit pro Stelle exponieren. Die Dosierung hat Verfasser nach „Milligrammstunden" berechnet, obwohl er sich über die Unrichtigkeit dieses Maßes vom physikalischen Standpunkte aus klar ist. Im allgemeinen bleibt noch immer dem praktisch-empirischen Versuche vorbehalten, die biologischen Rebktionsphänomene genauer festzustellen. Dazu ist be dem einzelnen speziellen Träger eine längere persönliche Erfahrung notwendig. Verf. gibt kurz einen Überblick über die Wirkungsweise der Bestrahlung und führt dann in eingehenden Krankengeschichten eine größere Anzahl von ihm behandelter Fälle oberflächlicher und tiefersitzender maligner Tumoren an, in denen teilweise ganz beachtenswerte Resultate erzielt wurden. Verfasser ist der Meinung, daß die γ-Strahlen des Radiums und Mesothoriums eine beträchtlich größere Penetrationskraft und auch Tiefenwirkung haben als die gefilterten Röntgenstrahlen. Außerdem besteht die Möglichkeit, vermittels kleiner Radiumröhrchen und Kapseln die Strahlenquelle in den Körper selbst hineinzuverlegen und so die radiäre, nach allen Richtungen des Raumes stattfindende Strahlung auszunutzen. Nicht zu unterschätzen ist auch die große Bequemlichkeit der Handhabung für Patient und Arzt. Bezüglich der Indikationsstellung geht Verfasser sehr weit. Auch operable Fälle will er mit Radium behandeln, nicht nur wegen der Aussicht auf Heilung, sondern auch als Vorbehandlung zur Operation. Jedenfalls aber sollten alle Fälle ausgiebig und regelmäßig mit Bestrahlung nachbehandelt werden.

Digitized by Google

„Selbst in inoperablen Fällen mit disseminierter Metastasenbildung, also in den aussichtslosesten Fällen, kann man durch die Bestrahlungstherapie die Qualen der Patienten lindern und ihnen bis zum letzten Momente ein erträgliches Dasein verschaffen."

W. Lehmann-Stettin.

Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Ihre theoretischen Grundlagen und ihre praktische Anwendung in der Heilkunde, von Anton Sticker-Berlin. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, Heft 1.) Der erste Teil der umfassenden Studie handelt von den theoretischen Grundlagen der Radiumbestrahlung. Verfasser bespricht die physikalischen Eigenschaften der radioaktiven Substanzen und ihre biologische Wirkung. Im zweiten Teil, welcher der praktischen Anwendung der Radium- und Mesothoriumbestrahlung gewidmet ist, werden die einzelnen Präparate — Radium- und Mesothoriumpräparate — angeführt und des näheren die Apparatur erläutert. Verfasser gibt den Röhrchenapparaten den Vorzug vor den Kapseln, weil sie allseitig ihre Strahlen aussenden können und bequem in Körperhöhlen und Hohlorgane, Gänge und Fisteln mit Hilfe von Zangen eingeführt werden können. Verfasser hat Normalröhrchen hergestellt, welche aus kleinen Glasröhrchen mit Silberumhüllung bestehen, in diese wird das Salz eingefüllt. Die verschiedenartig gestalteten Röhrchen sind aus mehreren Abbildungen ersichtlich. Aus dem Abschnitt über die Methodik der Radium- und Mesothoriumbestrahlung, welcher die Arbeit beschließt, sei hier nur die Technik der Oberflächenbestrahlung kurz erwähnt. Da Radium- und Mesothoriumpräparate sehr reich an weichen Strahlen sind, so beträgt die notwendige Dauer der Bestrahlung nur wenige Minuten. Der mit oder ohne Filter versehene, mit Zellstoff sowie Guttaperchapapier umhüllte Bestrahlungsapparat wird entweder der kranken Stelle unmittelbar aufgelegt — Nahbestrahlung — oder auf einen konisch gestalteten Bleizylinder — Fernbestrahlung — aufgesetzt. Letzteres Verfahren gestattet, eine Fläche, die größer als der zur Verfügung stehende Bestrahlungsapparat ist, auf einmal und gleichmäßig zu bestrahlen, auch bei höckerigen, gefurchten und faltenreichen Stellen bewährt sich diese Methode. Natürlich ist die Bestrahlungsdauer um so länger, je größer die Entfernung des Bestrahlungsapparates ist.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Verschiedenes.

Die Deutsche Röntgengesellschaft hat einen **Sonderausschuß für Strahlentherapie** gegründet, welchem zunächst angehören: Prof. Gauss-Freiburg i. B., Dr. H. E. Schmidt-Berlin, Prof. Werner-Heidelberg, Dr. Wichmann-Hamburg.

Am 15. September findet in Stuttgart eine **Zusammenkunft Deutscher Polizeiärzte** zur Besprechung über Prostitution und sanitäre Kontrolle statt. Einleitende Vorträge: 1. Über Prostitution und Reglementierung unter besonderer Berücksichtigung der Mittelstädte (Polizeidirektor Dr. Bittinger-Stuttgart); 2. Über sanitäre Kontrolle (Dr. Hammer-Stuttgart). — Anmeldungen an Dr. F. Hammer, Lindenstr. 12.

Der Abteilungsvorsteher am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg Dr. Gustav Giemsa wurde zum Professor ernannt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. Juli 1914 | Nr. 30 | Band 59

Zinkmattan als Unterlage.

Von

P. G. Unna.

Die Mattanpasten zeichnen sich bekanntlich dadurch vor anderen fetthaltigen Pasten aus, daß sie, in dünner Lage auf die Haut gestrichen, rasch eintrocknen. Dabei beseitigen sie, ähnlich wie Puder, den Glanz der fettigen oder eingefetteten Haut. Diese Eigenschaft verdanken sie ihrer besonders großen Porosität und ihrem Wassergehalt. Beide Umstände müssen zusammentreffen, denn der Wassergehalt allein, wie ihn z. B. die Eucerinpasten besitzen, bedingt wohl Kühlung, aber diese Pasten werden, aufgestrichen, nicht rasch trocken, da das Eucerin das Wasser festhält und seine Verdunstung verzögert. Die Porosität der Mattanpasten hingegen befördert nach dem Aufstreichen die Verdunstung des in ihnen enthaltenen Wassers. Sie selbst ist bedingt durch die Porosität des sie konstituierenden Gleitpuders[1]), welcher zwischen seinen Körnern bleibende Zwischenräume und daher einen hohen Luft-, resp. Wassergehalt besitzt. Diese bedeutende Luft-, resp. Wasserkontinenz wird wohl etwas verringert, aber nicht aufgehoben durch einen geringen Fettzusatz, wie ihn die Mattanpasten, um gut verstreichbar zu sein, besitzen müssen.

Lange Zeit bildete der durch das rasche Eintrocknen der Mattanpasten erzielte kosmetische Effekt bei Behandlung von Gesicht und Händen die hauptsächlichste und fast die einzige Indikation. Allmählich stellte sich aber eine zweite daneben ein, welche jetzt schon fast die erste an Wichtigkeit übertroffen hat, nämlich die Verwendung der Mattanpasten als **allgemeine Unterlage** für andere äußere Mittel.

Zum ersten Male wurde diese Erfahrung beim **Zinkleim** (oder dem gebräuchlicheren Zinkichthyolleim) gemacht. So vortrefflich dieser als beruhigendes Druckmittel an und für sich wirkt, so kommt es doch oft genug vor, daß man gleichzeitig eine stärkere Beeinflussung der betreffenden Hautkrankheit, z. B. eines varikösen, pruriginösen oder kallösen Ekzems, durch chemische Mittel erzielen möchte. Diese, z. B. Teer,

[1]) Siehe Unna und G. Pinkus, Über Gleitpuder in der Dermatologie. Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 50, S. 168.

Digitized by Google

Chrysarobin, Pyrogallol dem Leim selbst beizumischen, ist wohl im Anfange der Leimtherapie[1]) versucht, aber bald wegen zu geringer Wirksamkeit des eingeschlossenen Medikaments wieder aufgegeben worden. Die meisten Kollegen werden sich damit geholfen haben, daß sie derartige Mittel in Form rasch trocknender Firnisse, z. B. Teertinktur, unterpinseln ließen und darüber den Leimanstrich machten. Man hatte dann die starke Wirkung des Mittels und die beruhigende der Leimdecke zusammen. Die allgemeine Lösung des Problems war aber damit nicht gegeben, da von feinerer Abstufung der medikamentösen Wirkung unterhalb der Leimdecke natürlich nicht die Rede sein konnte. Diese Lücke wurde nun durch die Mattanpasten ausgefüllt, da sie einerseits die Inkorporation eines jeden Mittels wie alle Fettpasten zulassen, andererseits so rasch an der Oberfläche eintrocknen, daß man über sie hinweg sofort leimen kann. Über gewöhnliche Salben und Pasten kann bekanntlich nicht gut geleimt werden und es gehörte immer schon eine besondere Geschicklichkeit dazu, durch vorherige Einpuderung, Auflegen von Seidenpapier oder dgl. eine mit Pasten behandelte Hautstelle sofort einzuleimen. Diese Prozedur wird aber erforderlich, wo man z. B. ein variköses Unterschenkelekzem gleichzeitig mit Zinkschwefelpaste wegen des Ekzems und mit Zinkleim der Varizen wegen zu behandeln denkt. Oder wo man das feuchte Ekzem eines Kinderkopfes mit einer geeigneten Salbe bedecken will, aber zur Verhinderung des Kratzens und seiner Folgen es mit einem Leimverband zu bedecken wünscht. Für diesen Zweck hat sich als einzig wirksame Methode bisher die Einbindung des eingesalbten Kinderkopfes mit einigen Touren einer Mullbinde bewährt, die dann noch außen geleimt und wattiert wird. Dieser Druckverband vermindert das Jucken, vermehrt die Salbenwirkung und verhindert zugleich absolut das Kratzen; aber er ist etwas umständlich.

Die Kombination einer Mattanpaste mit Zinkleim dagegen ist einfach und bequem. Man kann jedes Medikament: Zinkoxyd, Schwefel, Ichthyol, Resorzin, Chrysarobin, Pyrogallol, Liq. alum. acet., Liq. plumbi, Praec. alb., Wismutsalze usw. in Form einer Mattanpaste auftragen und nach dem Eintrocknen sofort darüber leimen und wattieren.

Eine zweite noch wichtigere Kombination ist die der Mattanpaste mit der Schälpaste (Pasta lepismatica)[2]). Es war die Schmerzhaftigkeit letzterer, welche dazu führte, ihr 10% Anästhesin zuzusetzen und so wurde sie viele Jahre hindurch zur Behandlung der Rosazea von mir gebraucht, bis sich zeigte, daß eine leichte Grundierung der Haut mit

[1]) Unna und Beiersdorf, Leimglyzerin als Konstituens in der Dermatotherapie. Gelatinae glycerinatae medicatae. Mh. f. pr. Derm., 1883, Nr. 2. — [2]) Ichthyol, Vaselin ää 10, Resorzin, P. Zinci Unna ää 40.

Digitized by Google

Zinkmattan denselben schmerzlindernden Effekt hat wie der Zusatz von Anästhesin. Von da ab, es mögen zwei Jahre her sein, ist in meiner Praxis nie wieder auf einen Zusatz von Anästhesin zurückgegriffen worden. Als weiterer Vorzug der Unterlegung der Schälpaste mit Zinkmattan hat sich nämlich ergeben, daß dadurch die Schälwirkung selbst auf das feinste abgestuft werden kann. Beim ersten Auftragen der Schälpaste gibt man eine starke Unterlage von Zinkmattan, auf die nach dem Trocknen die Schälpaste eingerieben wird. Ist hierdurch erst eine leichte Hornschichtätzung erzeugt, so geht man bei jedem Auftragen (zweimal täglich) mit der Schälpaste aufwärts, mit dem Zinkmattan abwärts, bis am dritten oder vierten Tage nur Schälpaste appliziert wird. Und nicht bloß subjektiv wird dadurch die Schälkur verbessert, auch die selten aber immerhin doch zuweilen vorkommenden Reizerscheinungen nach dem ersten Auftragen der Schälpaste (bullöse Resorzindermatitis) fallen fort. Geht man zudem mit der Unterlage von Zinkmattan etwas über den Bereich der Schälpaste nach außen hinaus, so verhütet man ebenso sicher jede scharfe Umrandung der geschälten Hautpartie. Die Schälung wird mit einem Worte durch eine Zinkmattanunterlage angenehmer, milder, sicherer und feiner abgestuft, wobei es gern in Kauf genommen wird, daß sie etwa einen Tag länger dauert, als wenn man mit der anästhesinhaltigen Paste allein geschält hätte.

Zu diesen seit längerer Zeit bewährten Kombinationen ist neuerdings eine dritte getreten, die Verbindung mit Druckkollodium. Als Druckmittel bei der Behandlung tiefliegender Erweiterungen der Kapillaren und Venen wird Ichthyolkollodium (Kollodium 90, Ichthyol 10) von vielen Kollegen geschätzt. Es ist bekannt, daß die so schwer zu beseitigenden Naevi flammei der Erwachsenen durch andauernde Kompression mittels Ichthyolkollodium verhütet werden können, wenn man gleich nach der Geburt damit beginnt. Bei Frostbeulen, frostartigen Erythemen und Ödemen der Extremitätenenden Erwachsener wird Ichthyolkollodium allgemein angewendet. In diesen Fällen stört die braune Farbe nicht. Anders, wenn der milde und doch so wirksame Druck des Ichthyolkollodiums an der Nase und den Backen indiziert ist. Ich nenne als Hauptindikationen: das Ulerythema centrifugum (Lupus erythematosus) des Gesichtes und der Hände, den echten Frost der Nase und Hände, das lepröse Fleckenerythem des Gesichts, häufig das erste Symptom der Lepra, sodann die ersten Anfänge des Rhinophyms und die Anschwellungen der Nase im Verlauf der gewöhnlichen seborrhoischen Rosazea. In diesen Fällen wird der sehr wirksame Druck des Ichthyolkollodiums zu wenig benutzt, teils des schlechten Aussehens wegen, teils weil es noch zu wenig bekannt ist, daß man durch die Kollodiumhaut eine andere Be-

Digitized by Google

handlung „transpellikular" wirken lassen kann. Der erste Grund ist ausschlaggebend, denn da das Kollodiumhäutchen, wenn es die Nacht über gut gewirkt hat, morgens sich nur schwer (mit Spiritus aethereus) und nicht ohne starke Reizung der Haut entfernen läßt, so wird durch den notwendigen Wechsel zwischen Aufpinseln und Abnehmen die ganze gute Wirkung des Druckes vereitelt.

Hier hat nun eine Kombination mit Zinkmattan als Unterlage und Bleiwasser als Überlage sich vorzüglich bewährt, so daß jetzt in allen eben genannten Fällen die Beihilfe des Kollodiumdruckes nicht mehr entbehrt zu werden braucht.

Man reibt zuerst in alle betreffenden Erythemstellen und noch darüber hinaus das Zinkmattan ein, läßt es antrocknen und pinselt nun mit Freilassung eines Randes das Ichthyolkollodium auf. Über Nacht kommt noch ein feuchter Umschlag mit Bleiwasser hinzu und morgens ist das Kollodiumhäutchen so weit gelöst, daß es sich leicht mechanisch und ganz ohne Reizung entfernen läßt. Der so ausgeübte Druck ist natürlich schwächer als der des Ichthyolkollodiums allein, aber doch sehr wirksam, da er ohne Unterbrechung der sonstigen Kur jede Nacht ausgeübt werden kann. Ich kann diese Kombination auch sonst überall dort empfehlen, wo man das Druckkollodium kurze Zeit anwenden möchte, aber bald wieder zu entfernen wünscht.

Als beste Form des Zinkmattans für alle hier genannten Fälle hat sich die folgende bewährt, die meiner Pasta Zinci mollis nachgebildet ist und sich wie diese als besonders kühlend und entzündungswidrig erwiesen hat: Zinci oxydati, Bismuthi oxychlorati, Ol. lini, Aqua calcis ää 10, Mattan 20. M.

Je nach den besonderen Indikationen kann man diesem Zinkmattan auch noch 5% Schwefel oder Ichthyol zusetzen.

Sowohl der Zinkleim, wie das Kollodium und die Schälpaste verbinden sich mit dieser Unterlage zu einer besonders guten, rasch erhärtenden und elastischen Decke.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses
in Kgl. Weinberge bei Prag.

Eine neue Behandlungsmethode des akuten Ekzems.

Von

Prof. Dr. Fr. Šamberger, Vorstand der Abteilung.

Die Behandlung des Ekzems ist immer noch eine der schwierigsten dermato-therapeutischen Aufgaben, wahrscheinlich deshalb, weil wir in der Mehrzahl der Fälle nur auf eine rein symptomatische Behandlungsart angewiesen sind, indem die Grundursache der Erkrankung sehr oft nicht eruierbar ist. Weil ferner, wie bekannt, keine zweite Hauterkrankung existiert, die an Buntheit ihrer Symptome mit dem Ekzem konkurieren kann, kann auch keine zweite Dermatose so viele therapeutische Präparate und so viele Behandlungsarten aufweisen, wie diese Flechte. Dem Arzte stehen schon heute eine Unmasse von Präparaten und verschiedene Medikamente, sowie zahlreiche Applikationsweisen zur Verfügung. Die lange Erfahrung führt einen jeden Arzt zum Gebrauche nur einiger weniger Präparate und zu deren zuverlässigen Gebrauchsart. Zu demselben Ziele gelangen auch die Vorsteher dermatologischer Kliniken. Infolgedessen finden wir auch, daß bestimmte dermatologische Schulen bei der Ekzembehandlung ihre eigene Traditionen bewahren; so wird das Ekzem anders behandelt in Wien, anders in Paris, anders in Hamburg, in Berlin usw. Auch unsere böhmische dermatologische Schule in Prag hat ihre eigene Behandlungsart. Alle diese Methoden sind gewiß sämtlich gut und an allen Kliniken wird das Ekzem erfolgreich behandelt, so gut, wie es möglich ist nach unseren heutigen Erfahrungen. Der praktische Arzt tut am besten, wenn er sich jener Methode bedient, welche in der Schule, in welcher er aufgewachsen ist, üblich ist. Denn bei der Behandlung des Ekzems ist die wichtigste Vorbedingung, daß der Arzt die Präparate, welche er gebrauchen will, ganz genau beherrsche. Er muß wissen nicht nur woraus sie bestehen, sondern auch in welcher Konzentration, in welcher Form und wann, d. h. bei welchem klinischen Bilde, er sie anwenden kann. Mit solchen ihm gründlich bekannten Präparaten wird der Arzt bei der Behandlung des Ekzems bessere Erfolge haben, als derjenige, der davon eine Unmasse, aber nur dem Namen nach kennt. Infolgedessen bin ich auch der Meinung, daß die jetzige Richtung in der Behandlung des Ekzems, welche jeden Tag neue und wieder neue anti-

Digitized by Google

ekzematöse Präparate zutage bringt, nicht die gesündeste ist. Der Präparate gibt es jetzt schon mehr als genug. Auch der erfahrenste Fachmann könnte dieselben schwer alle auswendig herzählen. Es würde schon jetzt am Platze sein, die Applikationsweise der uns heute bekannten Medikamente zu vervollkommnen. Aus diesem Bestreben erwuchs auch unsere neue Behandlungsmethode des Ekzems. Dieselbe basiert nicht auf der Erfindung eines neuen Präparates, sondern auf einer neuen Applikationsweise der uns, den Schülern der böhmischen dermatologischen Klinik, gut bekannten und geläufigen Medikamente.

Bei dem akuten nässenden Ekzem — und nur auf diese klinische Form des Ekzems bezieht sich meine neue Behandlungsart — hatte sich an der böhmischen dermatologischen Klinik folgende Behandlungsart eingebürgert. Solange das Nässen dauert, ordinieren wir Umschläge, entweder antiphlogistische (Sol. Burow), wenn die Entzündungserscheinungen stark hervortreten, oder keratoplastische (1 % wässerige Resorzinlösung und 0,5—1 % wässerige Lösung von Argent. nitric.), wenn die Entzündung geringer ist. Eine in die betreffende Lösung getauchte Lage von Verbandwatte oder hydrophiler Gaze legen wir auf die erkrankte Fläche, bedecken dann mit Billrotbattist und fixieren mit einem Verbande. In 3—4 Stunden wird der Verband gewechselt. Hört das Nässen auf, so bestreuen wir die erkrankte Partie durch 1—2 Tage mit indifferentem Puder. Hierauf, wenn die Partie trocken geblieben ist, applizieren wir messerrückendick eine indifferente Deckpaste, und hierauf bestreuen wir dieselbe noch mit einem indifferenten Puder.

Wer Gelegenheit hatte die nässende Flechte nach der eben beschriebenen Art zu behandeln, erinnert sich gewiß, daß sowohl dem Patienten wie auch seiner Umgebung die keratoplastischen Umschläge die größten Umstände verursachen. Die Silberlösung benutzen wir nur in den Ausnahmsfällen, weil sie alles schwärzt, womit sie in Berührung kommt. Aber auch die Resorzinlösung hinterläßt immer auf der Wäsche bräunliche, schwer zu beseitigende Flecke; die Wäsche wird dadurch unansehnlich und weniger brauchbar. Und die Verbände! Sobald diese der Kranke selbst anlegt, werfen sie sich nieder und verschieben sich. Da die Umschläge mehrmals des Tages gewechselt werden müssen, ist es unmöglich, daß dies der Arzt selbst besorge; es ist der Patient genötigt, die Verbände sich selbst anzulegen, oder dies von einer Person seiner Umgebung verrichten zu lassen. Wenn sich der Verband verschoben hat, bleibt der größte Teil des Krankheitsherdes entblößt, von Umschlägen frei. Ist der Patient bettlägerig, so wird außerdem noch das Bett durchnäßt. Besichtigen wir am zweiten oder dritten Tage die Umgebung der erkrankten Partie, finden wir dieselbe weithin mazeriert.

Digitized by Google

Die Epidermis ist weiß, wie von Wasser aufgequollen und es läßt sich schwer denken, daß dadurch die Regeneration der Hornschicht unterstützt werde. Anfangs war ich bemüht, diesem Übelstande dadurch abzuhelfen, daß ich den impermeablen Stoff wegließ und an Stelle der schädlich wirkenden Watte nur Verbandgaze anwenden ließ. Erst auf diese letztere ließ ich eine Schicht Verbandwatte legen, um die zu rasche Verdunstung der Verbandlösung zu verhindern. Dadurch gelang es, die Mazeration des Krankheitsherdes, wie seiner Umgebung zu verhüten. Um nun auch noch dem Übelstande der mangelhaften Fixation der Verbände abzuhelfen kam ich auf die Idee, die Resorzinlösung anders als in der Form von Umschlägen anzuwenden. Ich erinnerte mich, daß eine irritable Haut, die das Waschen mit kaltem Wasser nicht verträgt, mit heißem Wasser anstandslos gewaschen werden kann. Statt der Umschläge ließ ich also Waschungen der nässenden Fläche mit heißer 1% wässerigen Resorzinlösung vornehmen, oder, wo die Lokalisation des Herdes es erlaubte, das Baden in der heißen Lösung.

Die Erfolge stellten sich als überraschende dar und zwar auch in den Fällen, wo die Entzündungserscheinungen stürmische waren. Diese neue Applikationsmethode führt nicht allein schneller zum Ziele als die früheren Resorzinumschläge, sondern ist auch erheblich bequemer und reinlicher. Auch das Juckgefühl, welches bei dem nässenden Ekzem sehr intensiv zu sein pflegt, schwindet bei dieser Behandlungsart auffallend rasch.

Wie oft soll gebadet, respektive gewaschen werden?

Bis jetzt schien mir die täglich dreimalige Anwendung genügend, speziell in Fällen, wo das Nässen sehr profus war, während bei geringerer Intensität die ein- bis zweimalige Waschung ausreichte.

Die Resorzinlösung (wässerige 1%) muß aber heiß sein, so heiß, wie sie noch der Kranke verträgt, ohne sich zu verbrühen. Die Erwärmung der Lösung geschieht in einem steinernen oder porzellanenen Gefäße. Der Kranke taucht in die heiße Lösung eine in Büschel geballte Leinwand und tupft sich damit die erkrankte Partie ab. Dabei muß er selbstverständlich die Leinwand recht häufig von neuem eintauchen, damit die Temperatur fortwährend hoch genug erhalten bleibe. Die ganze Prozedur nimmt etwa 5—10 Minuten in Anspruch. Nach dem Abtupfen, eventuell Abbaden lasse ich den Krankheitsherd abtrocknen und hierauf trocken und luftig verbinden. Wir umwickeln denselben mit 2—3 Lagen von hydrophiler Gaze und fixieren diese leicht mit einer hydrophilen Binde, wodurch der Zutritt der Luft zu der erkrankten Partie erhalten bleibt. In zwei bis drei Tagen ist gewöhnlich das Nässen beseitigt und die Haut trocken. Dann bestreichen wir die erkrankte Partie

Digitized by Google

mit Paste und zwar ausnahmslos nach Unnas Vorschrift: Zinci oxydat. 10, Terr. silic. 2, Axung. porc. 28, M. f. ungt.

Die Lassarsche Paste, deren Vorschrift unserer Schule geläufiger ist, benutze ich nicht.

Applizieren wir nämlich diese Paste auf einen Ekzemherd, wo das Nässen eben zum Stillstande gebracht worden ist, so kommt es sehr leicht wiederum zum Nässen und es vermischt sich die Stärke der Lassarschen Paste mit der sezernierten Flüssigkeit, wodurch die erkrankte Partie neuerlich sehr stark gereizt werden kann. Die Unnasche Paste, welche kein Amylum enthält, hat diesen Nachteil nicht. Es ist ferner das in ihr enthaltene Kieselpulver imstande, die sezernierte Flüssigkeit zu fixieren und überdies das Abdunsten derselben zu erleichtern. Auf diese Weise wirkt sie gleich einer Kühlsalbe wohltuend und entzündungshemmend. Sie soll nur sehr dünn aufgestrichen werden, etwa so daß der eingeschmierte Herd bloß wie bepudert erscheint. Auch verwende ich dieselbe nur einmal des Tages und jedenfalls nicht während der Nacht, damit die frisch eingeschmierte Partie etwa in der Bettwärme in Transpiration gerate. Aus demselben Grunde lasse ich auch die angestrichene Partie nicht verbinden, oder höchstens nur ganz leicht mit etwas hydrophiler Gaze, niemals mit Leinwand, wie es in der Privatpraxis die Patienten so gerne tun. Die mit Fett imprägnierte Leinwand nämlich wirkt dann wie ein impermeabler Stoff und verursacht leicht Hyperthermie und Hyperämie und infolgedessen eine merkliche Verschlimmerung.

Puder gebrauche ich bei nässenden Ekzemen grundsätzlich nicht, wohl aber lasse ich die erkrankte Partie bald mit Wasser abwaschen. Sobald es gelingt einen dauernden Stillstand herbeizuführen, sobald der Patient etwa eine Woche lang die Paste verwendet hat und seine Haut dabei blaß geblieben ist, lasse ich die erkrankte Partie abwaschen, selbstverständlich nur mit abgekochtem Wasser und einer guten überfetteten Seife, wie Beiersdorffs Niveaseife. Nach dem Bade wird der Krankheitsherd abgetrocknet, paar Stunden in Ruhe gelassen und hierauf von neuem mit Paste bestrichen.

Die angeführte Behandlungsart eignet sich, wie gesagt, für akute nässende Ekzeme, einerlei ob diffuses Nässen vorhanden ist oder ob zahlreiche größere und kleinere Blasen den ekzematösen Herd bedecken. In allen diesen Fällen leistet die heiße Resorzinlösung die vorzüglichsten Dienste. Jedoch auch bei impetiginösem Ekzem, wie es an den Händen vorkommt, führt das heiße Resorzin zum Stillstande des Nässens und zum Vertrocknen und Verschwinden der impetiginösen Pusteln. Doch möchte ich für diese Ekzemart folgende Abänderung des oben besprochenen Planes empfehlen. Ich halte es hier für vorteilhaft, noch während

Digitized by Google

des nässenden Stadiums die erkrankte Partie nach der Resorzinwaschung mit Unnascher Schwefelpaste (Zinc. oxyd. 6, Sulf. praecip. 4, Terr. silic. 2, Axung. porc. 28, M. f. ungt.) zu bestreichen.

Auch bei der Nachbehandlung dieser Fälle, wenn man das Nässen definitiv zum Stillstande gebracht hat, ist es ratsam, diese Paste weiter zu benutzen, da der in der Paste befindliche Schwefel energisch parasitizid wirkt und eine neue Eruption pustulöser Effloreszenzen, welche in der Regel dann auftreten, wenn nur die indifferente Deckpaste benutzt wird, verhindert.

Wie von vornherein klar ist, eignet sich das heiße Resorzin nicht für alle Formen des akuten Ekzems. So entfaltet es keine gute Wirkung bei den akuten, gruppierten follikulären Ekzemen, wo sich an der Kuppe der Papeln oft auch kleine Bläschen befinden. Hier bewährt sich nach meiner Erfahrung der Sackesche Teer nach folgender Vorschrift: Pic. lithantrac. 10, Benzol. 20, Aceton. 77.

Es erscheint vielleicht paradox, daß ein Mittel, welches nur für chronische Ekzemformen empfohlen wurde, sich auch bei dieser akuten Form als gut erweisen solle. Die Erfahrung gilt aber auch hier mehr, als die theoretische Erwägung. In Wirklichkeit sieht man nämlich, daß die Papelchen schon in zwei bis drei Tagen fast vollkommen verschwunden sind. Es bleiben dann an deren Stelle nur schwarze Teerpunkte an der Haut zurück. Das Juckgefühl, welches gerade bei dieser Form sehr intensiv zu sein pflegt, hört gleich bei der ersten Applikation wie mit einem Schlage auf. Die Haut wird blaß, und wenn wir einige Tage hindurch je einmal den Krankheitsherd mit dieser Lösung bepinseln, so wird die Haut nach einer Woche definitiv blaß und die eingepinselte Teerschicht fängt an sich abzustoßen. Nunmehr können wir dem Kranken das Waschen gestatten, selbstverständlich aber wiederum nur mit einer überfetteten Seife und abgekochtem, möglichst heißem Wasser. Kommt es dann zu einem Rezidiv, so kann die Prozedur von neuem wiederholt werden.

Diese meine Behandlungsart mit heißer Resorzinlösung, wie sie eben geschildert wurde, stellt zwar bloß einen kleinen, dafür aber sicheren Fortschritt in der Therapie einer bislang so sehr schwer kurierbaren Hauterkrankung dar. Ihr größter Vorteil ist, daß dem Kranken durch dieselbe viele Belästigungen erspart werden können, mit welchen die bisherige Therapie immer verknüpft war.

Um das Gesagte zu bestätigen, füge ich einige Protokolle über von mir teils in der Privatpraxis, teils auf meiner Abteilung behandelte Patienten hier an.

Digitized by Google

1. Patientin, 50 Jahre alt. Sie wurde in recht desolatem Zustande an meine Abteilung gebracht. In beiden Leisten, unter beiden Brüsten, in beiden Axillen profuse nässende ekzematöse Flächen, welche sich in tiefe, spaltartige Defekte umwandelten. In der Umgebung verlor sich die Affektion an den Extremitäten und dem Rumpfe in typische papulo-vesikuläre Effloreszenzen. Sie konnte nicht nur nicht herumgehen, sondern es verursachte jede kleinste Bewegung im Bette enorme Qualen. Es handelte sich also um ein sehr vorgeschrittenes und stürmisches Ekzema intertrigo. Ich ordinierte das Abwaschen mit heißer Resorzinlösung dreimal des Tages. Nach drei Tagen konnte schon die Patientin frei herumgehen. Die nässenden und blutenden Flächen reinigten sich schnell und epidermisierten eilends. Nach einer Woche war die befallene Haut noch mäßig verdünnt, leicht rötlich, sonst aber normal.

2. 60 Jahre alter Gastwirt mit akutem nässenden Ekzem beider unterer Extremitäten. Die Unterschenkel waren enorm aufgeschwollen, die Haut stark gerötet und diffus nässend. An der oberen und unteren Peripherie der nässenden Flächen fanden sich zahlreiche papulo-vesikuläre Ekzemeffloreszenzen. Durch das Waschen mit heißem Resorzin konnte das Nässen in fünf Tagen zum Stillstand gebracht werden und in 14 Tagen wurde P. vollkommen gesund.

3. 63 Jahre alte Frau mit einem sehr stürmischen, nässenden Ekzem an beiden Unterschenkeln. Die ergriffenen Partien waren enorm geschwollen, und das Nässen an ihnen so profus, daß der widerwärtige Geruch aus dem sich zersetzenden Sekrete das Verweilen in der Nähe der Patientin unerträglich machte. Die heiße Resorzinlösung brachte das Nässen in einer Woche vollkommen zum Stillstande.

4. 40 Jahre alter Kollege mit ausgebreitetem akuten nässenden und vesikulärem Ekzem der Analgegend, an den Genitalien und an den Händen. Die Haut an den behafteten Partien war stark geschwollen und diffus nässend. Die bisherige Behandlung mit Resorzinumschlägen versagte vollkommen. Ich ordinierte heiße Resorzinbäder für die Hände und Abwaschen der Anal- und Genitalgegend mit heißem Resorzin. In wenigen Tagen stellte sich eine überraschende Wendung zum Guten ein. Die Schwellung der Hände wie der übrigen Partien verlor sich auffallend rasch. Eine dann applizierte indifferente Paste brachte in 14 Tagen vollkommene Genesung.

5. 30 Jahre alte Arbeiterin wurde auf unsere Abteilung wegen eines akuten nässenden und bullösen Ekzems der rechten unteren Extremität aufgenommen. Die Affektion ergriff den ganzen Unterschenkel und verbreitete sich auch auf den Fuß selbst, wo sie an der inneren Grenze der Planta pedis in schwammartig zusammengeflossenen Blasen endigte. Nach zwei Tagen waren die nässenden Flächen fast vertrocknet und die Blasen in merklicher Regression. In weiteren fünf Tagen schwanden auch die Blasen und blieben an deren Stelle desquamierende Flächen zurück. Nach weiteren zwei Tagen, wo nur eine indifferente Paste angewendet wurde, konnte P. vollkommen geheilt entlassen werden.

6. 17 Jahre alter Arbeiter wurde auf unsere Abteilung mit einem nässenden, mit zahlreichen impetiginösen Pusteln komplizierten Ekzem beider Hände aufgenommen. Das Nässen verschwand in etwa 4 Tagen.

7. 25 Jahre alter Totengräber kam auf unsere Abteilung mit beiderseitiger Nebenhodenentzündung. Nach einwöchentlichem Gebrauche einer 10% Guajakolsalbe bekam er ein starkes, nässendes Ekzem am Hodensacke. In einigen Tagen nach Gebrauch von heißer Resorzinlösung wurden die nässenden und entblößten Flächen eilends epidermisiert.

Digitized by Google

Feuilleton.

Bericht über die Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Vom 19.—21. Juni in Leipzig.

Von

San.-Rat Dr. Alfred Sternthal, Braunschweig.

Die Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten fand am 20. Juni in Leipzig statt. Am Abend des 19. Juni hielt Prof. Flesch-Frankfurt a. M. einen Vortrag, der in volkstümlicher Weise über den „Einfluß der Geschlechtskrankheiten auf die Gesundheit und Fruchtbarkeit der Frau" berichtete. Dieser Vortrag, wenn auch noch so einfach in seiner Fassung, war der einzige rein ärztliche der ganzen Tagung und er allein ließ erkennen, daß der Arzt bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten der ausschlaggebende Faktor ist und bleibt. Wenn man der eigentlichen Hauptversammlung beiwohnte, so hätte man glauben können, daß die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zumeist eine Frage für die Frauen, die Verwaltungsbeamten und die Geistlichkeit, sowie für Menschenfreunde aller Art sei, denn die Ärzte waren in einer so winzigen Anzahl erschienen, daß sie sich in keiner Weise hätten durchsetzen können.

Von den eigentlichen Fachmännern, den Dermatologen, konnte man auch nicht 20 zählen; von Vorstehern der deutschen Universitätskliniken für Hautkrankheiten sah man bloß Neisser, der ja der Vorsitzende der Gesellschaft ist, und Rille, welcher die Klinik der Feststadt Leipzig leitet, ferner Zieler; von österreichischen nur Finger.

Der auch im übrigen nur mäßige Besuch der Veranstaltung legt die Frage nahe, ob es nicht besser wäre, diese Tagungen seltener stattfinden zu lassen. Auf internationalen Kongressen und auf Jahresversammlungen ist das ganze Gebiet der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution von allen Seiten behandelt worden und von den besten Kennern wurden die Richtlinien aufgestellt, nach denen sich die Verwaltungen bei der Bekämpfung der Prostitution richten können, wenn sie es wollen. Diesem Gegenstande lassen sich nun nicht alle Jahre neue Seiten abgewinnen, deshalb erlahmt das Interesse des wichtigsten Faktors bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der Ärzte, nicht etwa für die Bekämpfung dieser Krankheiten, wohl aber für Versammlungen, bei denen ihnen „olle Kamellen" immer aufs neue begegnen. Die einzig wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der doch niemals ausrottbaren Prostitution kann nur durch Verbesserung der Therapie der Geschlechtskrankheiten geschehen. Und so hat Ehrlich allein, indem sein Salvarsan die infektiöse Periode der Syphilis so wesentlich abkürzt, mehr für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten getan als alle Kongresse der Welt. Das Wort Kaposis, eines der klügsten Köpfe, die es je unter den Dermatologen gegeben hat (auf der I. Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, Brüssel 1899): „Das beste Mittel zur Bekämpfung der Syphilis und ihrer Gefahren sind in dem Fache tüchtigst durchgebildete Ärzte" wird für alle Zeiten zu Recht bestehen.

Digitized by Google

Die Jahresversammlung beschäftigte sich nur mit einem einzigen Thema, der „Behandlung der jugendlichen Prostituierten". Das Hauptreferat hatte Hr. Landgerichtsrat Rupprecht-München. Er sprach „Über die Prostitution jugendlicher Mädchen, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung". An zweiter Stelle sprach die Kgl. Polizeipflegerin Frl. Stemmler-München über „Die Tätigkeit der Polizeipflegerin", dann Hr. Polizeiarzt Dr. Bendig-Stuttgart „Zur ärztlichen Fürsorge der jugendlichen Prostituierten" und schließlich Fr. Thea Graziella-Schneidhuber-Berlin „Zur Frage der privaten Fürsorgetätigkeit" (das Mädchenschutzhaus in Berlin, ein Observationshaus für gefährdete Jugendliche).

Durch alle 4 Referate, wie auch durch die Reden der 18 Diskussionsredner und -rednerinnen zogen sich einige immer wiederkehrende, leitende Gedanken. Nicht die Not ist es, die die jugendlichen Mädchen zur Prostitution treibt, wenn auch die sozialen Nöte einen gewissen Einfluß haben mögen, sondern schlechte Erziehung, Verwahrlosung, ethische Defekte, Verführung. Die Verführung geschieht nicht durch sozial höher stehende Männer, sondern durch Männer aus dem gleichen Kreise, dem die Mädchen entstammen, und die Überredung dazu durch Kameradinnen und Freundinnen, die im Lasterbetrieb vorausgegangen sind. Die staatliche Bestrafung und der Vollzug der Strafe verderben mehr als sie bessern. Die Fürsorgeerziehung hat sich nicht bewährt. Solange die Mädchen in der geschlossenen Anstalt sind, geht es einigermaßen, sobald sie entlassen sind, werden diese Jugendlichen rückfällig. Zwar bestreiten dies die in der Fürsorge arbeitenden Frauen und Geistlichen, aber hier reden die Straflisten eine sehr beredte Sprache. Läßt man sich diese vorlegen, so sieht man, daß die Rückfälle zur Unzucht die Norm werden. Auch die charitative Fürsorge vermag nur für kurze Zeit Besserung auszulösen, wenn es nicht möglich ist, die Mädchen in ihre Heimat zurückzubefördern und den Verkehr mit ihren Zuhältern zu unterbinden.

In dieser Beziehung kamen zwar Fr. Graziella-Schneidhuber-Berlin und Hr. Pastor Disselhoff-Kaiserswerth zu anderen Ergebnissen, aber die Zahlen des letzteren sind doch zu gering, um so weitgehende Schlüsse zuzulassen und die von Fr. Graziella-Schneidhuber kommen überhaupt für einen gewissenhaften Statistiker nicht in Betracht. — Was wollen in Berlin 293 „jugendliche Gefährdete" besagen! Überdies besteht das Schutzhaus erst seit März 1911. — Man verfolge mindestens erst einmal jedes dieser Mädchen 10 Jahre lang!

Wenn sich nun bei der Bekämpfung der Prostitution jugendlicher Mädchen die Repressionsmaßnahmen, wie gesetzliche Bestrafung, Einweisung in eine Zwangserziehungsanstalt, charitative Überwachung nicht bewährt haben, so bleiben als einzige Erfolg versprechende Maßnahmen die vorbeugenden. (Und hier darf man vielleicht am besten die Worte des ersten Referenten, des Hrn. Landgerichtsrates Rupprecht anführen, denen keiner der folgenden Redner oder Rednerinnen etwas Besseres an die Seite zu setzen hatte.) „Stärkung des ethischen Bewußtseins, geeignete Aufklärung nicht bloß über die geschlechtlichen Vorgänge, sondern insbesondere auch über die Gefahren und Folgen des Dirnenlebens in der Zeit nach der Entlassung aus der Schule können von Wert sein! Jedenfalls ist es Aufgabe der Jugendpflegevereinigungen besonders auf dem Lande, diejenigen Mädchen, die sich um Dienste und Arbeitsplätze in der Stadt umsehen wollen, rechtzeitig auf die Gefahren und Versuchungen der städtischen Verhältnisse eindringlich aufmerksam zu machen. Die Jugendpflegevereinigungen auf dem Lande müssen gut organisierte Verbindungen mit den Fürsorgevereinigungen der Städte haben, um vom Lande abwandernde Mädchen der in Betracht kommenden städtischen Fürsorgestelle rechtzeitig melden zu können.

Digitized by Google

In den Städten müssen gut geleitete, billige Unterkunfts- und Zufluchtsheime für Dienstmädchen, Kellnerinnen und sonst der Gefahr der zeitweisen Stellenlosigkeit ausgesetzte Mädchen errichtet werden. (Ledigenheime für Frauen und Mädchen.) Zur Erreichung einer wirklichen Besserung ist ein tatkräftiges, zielbewußtes Zusammenarbeiten zwischen den staatlichen Behörden, den Jugendfürsorgevereinigungen und den besonders an der öffentlichen Gesundheit interessierten Berufskreisen, wie der Ärzteschaft, erforderlich, wie es in neuerer Zeit in steigendem Maße sich durchzusetzen beginnt." Außerdem wurde von allen Seiten betont, daß man in den Krankenhäusern die jugendlichen Prostituierten unterrichten solle, daß man sie mit Dingen beschäftigen sollte, die für ihr ferneres ehrliches Fortkommen nützlich sind und daß sie in den verschiedenen — auch Krankenanstalten — so arbeiten lernen, daß sie sich nachher auch ernähren können. Ja Blaschko verlangte sogar Zwang zur Arbeit in den Krankenhäusern.

Allgemein war man sich darüber einig, daß das neue preußische Fürsorgegesetz ein großer Fortschritt sei, indem es anordnet, daß gefährdete Kinder erzogen werden und nicht nur verwahrloste. Vor allem sollten aber die geistig Minderwertigen dauernd versorgt werden, ehe sie etwas Schlechtes angerichtet haben, hier braucht man ein Fürsorgegesetz und nicht ein Fürsorgeerziehungsgesetz.

Schließlich wurde einstimmig ein Antrag A. Neisser folgenden Inhalts angenommen: „Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten möge die Herren Kultusminister ersuchen, sämtliche Schulbehörden (Schulinspektionen, Rektoren, Hauptlehrer usw.) zu beauftragen, alle Knaben und insbesondere Mädchen, die schon während der Schulzeit sich durch Liederlichkeit, Herumtreiben, sexuelle Frühreife und Exzesse und dergleichen auffällig bemerkbar machen, den zuständigen Behörden, Jugendpflege- und Jugendfürsorgevereinigungen möglichst frühzeitig zu melden, um diese in den Stand zu setzen, diesen besonders gefährdeten Personen ihre besondere Aufmerksamkeit zu schenken, sie zu überwachen und für sie zu sorgen. Es wird zu überlegen sein, wieweit man schon während der Schulzeit 1. durch die Schulärzte, 2. durch die Lehrer, die dann durch besondere von Psychiatern zu haltende Kurse vorgebildet werden müßten, auf diese fast immer psychisch minderwertigen Elemente erzieherisch wird einwirken können. Vielleicht kommt auch in Frage eine Fürsorgeerziehung, schon in unmittelbarem Anschluß an die Schule, in die Wege zu leiten. Es kommt ferner in Betracht die Fortbildungsschule und die daselbst gebotene Beobachtungsmöglichkeit der Schüler und Schülerinnen für unsere Zwecke auszunutzen. Kurz, ich meine: Die Elemente, deren psychische Minderwertigkeit, namentlich auf moralischem und sexuellem Gebiete, schon während der Schulzeit erkannt wird, müßten schon in diesem frühen Alter der vorbeugenden und schützenden Maßnahmen der Jugendpflege und -fürsorge unterworfen werden."

Am Abend des Kongreßtages fand eine Besichtigung der polizeiärztlichen Untersuchungsräume in der Wächterstraße statt, bei der Hr. San.-Rat Dr. W. Richter die Führung hatte. Die im übrigen zweckmäßig ausgestatteten Räume leiden meines Erachtens unter zu großer Enge, was bei der Opulenz, die die Stadt Leipzig sonst überall walten läßt, um so mehr auffällt.

Am nächsten Morgen, Sonntag den 21. Juni, zeigte Hr. Prof. Rille den noch anwesenden Dermatologen seine Klinik. Angesichts der vortrefflichen Bibliothek mit ihren seltenen Büchern und Atlanten, angesichts der mannigfachen Sammlungen und der Fülle schöner Moulagen, sowie schwarzer und farbiger Photographien, die uns mit dem Projektionsapparat vorgeführt wurden, nicht minder bei der Vorstellung manches interessanten Falles auf den Krankensälen hatte man die Sicherheit, daß die Leipziger Klinik

Digitized by Google

nicht nur eine Stätte der Forschung sei, sondern daß hier die angehenden Ärzte — besonders auch entsprechend den früher erwähnten Worten Kaposis — für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in vortrefflicher Weise ausgebildet werden.

Möchte es Hrn. Prof. Rille bald vergönnt sein, die ihm von Hrn. Bürgermeister Dr. Weber bei der Eröffnung der „Jahresversammlung" verheißene neue und große Klinik bald einzuweihen, damit den aufgespeicherten wissenschaftlichen Schätzen der Klinik und ihrem ausgezeichneten Leiter auch ein entsprechend würdiges Heim zur Verfügung stehe!

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlenwirkung radioaktiver Substanzen, besonders des Mesothoriums, und der Ersatz derselben durch Röntgenstrahlen, von Chr. Müller-Immenstadt. (M. m. W., 1914, Nr. 3.) Für tiefliegende Tumoren und für solche, welche von einer Schichte gesunden, zu schonenden Gewebes bedeckt sind, verdient die Röntgenbehandlung den Vorzug vor der Behandlung mit Radium oder Mesothorium. Wo die zu behandelnde Masse dem Radium direkt zugängig ist, verdient dieses den Vorzug. Es ist aber möglich, die Röntgenstrahlen so zu modifizieren, daß sie die Eigenschaften der Radiumstrahlen annehmen. Es ist dazu eine Apparatur nötig, welche (wie in gewissem Grade die Löwensteinsche Röhre) eine äußerst kräftige Gammastrahlung zur Erzeugung einer intensiven Betastrahlung im Metallfilter hervorbringt; und ferner ist es nötig, daß die Strahlenquelle näher als bisher an den Erkrankungsherd herangebracht werden kann. Philippi-Salzschlirf.

Über die Verwendung von Mesothorium und Thorium X in der Dermatologie, von O. E. Nägeli und Max Jessner-Berlin. (Ther. Mh., 1913, Heft 11.) Verfasser geben die genaue Technik an. Ihre Erfolge mit Mesothorium waren im allgemeinen günstig. Besonders gute Erfolge hatten sie bei kleinen, isoliert stehenden Herden und beginnenden Rezidiven in Lupusnarben. Nicht minder gut wird Lupus erythematodes beeinflußt. Die Basalzellenepitheliome heilten prompt, Angiome, Naevi angiomatosi wurden gut beeinflußt, Verrucae durae und Verrucae juveniles verschwanden nach einer 10 Minuten langen Applikation; zu einem ganz besonders befriedigenden Resultat führte die Mesothoriumbehandlung bei Sycosis non parasitaria der Oberlippe, ebenso bei Psoriasis. Die Thoriumtherapie wirkte gut bei einem Falle von lymphatischer Leukämie der Haut. Im allgemeinen waren die Thorium-X-Erfolge weniger günstig als durch Mesothorium. Chrzelitzer-Posen.

Äußere Kathodenstrahlen als Ersatz für Radium und Mesothorium, von H. Strebel-München. (M. m. W. 1914, Nr. 3.) Verf. empfiehlt auf Grund einer mehrjährigen Erfahrung als Ersatz von Radium bzw. Mesothorium die Verwendung der äußeren Kathodenstrahlen, für die er mit dem Physiker Prof. Donle zusammen eine eigene Röhre konstruiert hat. Diese besteht aus einem 12 cm langen und 3 cm weiten zylindrischen Glasrohr mit einer Abzweigung für die Luftpumpe. An einem Ende ist das Rohr geschlossen und die Kathode mit ihrem Spiegel eingelassen. Am anderen offenen Ende ist ein massiver schwerer Metallklotz um das Rohr herum mittels Marineleim luftdicht aufgekittet. Die Stirnfläche dieses Metallklotzes trägt eine 2 mm große zentrale Öffnung, über welche ebenfalls mit Marineleim eine Aluminiumfolie aufgeklebt ist. Nach Herstellung des Vakuums und Einschaltung des Stromes sieht man ein von diesem Fenster ausgehendes

Digitized by Google

blauweißliches Leuchten, ähnlich, aber stärker wie bei Radium. Es handelt sich um ein Gemisch von Strahlen, das auf Krebsgewebe ausgesprochen günstig einwirkt.

Philippi-Salzschlirf.

Über Aluminium lacticum, ein haltbares Ersatzpräparat der essigsauren Tonerde, von A. Perutz-Würzburg. (M. m. W., 1913, Nr. 23.) Von der Firma C. H. Boehringer Sohn in Nieder-Ingelheim a. Rh. ist als Ersatz für den Liquor aluminii acetici eine konzentrierte 7%ige Lösung von milchsaurer Tonerde hergestellt, die mit gutem Erfolge an der Würzburger Klinik seit mehr als einem halben Jahre in analoger Weise wie der Liquor aluminii acetici gebraucht worden ist. Das neue Präparat wurde in $^1/_2$—2%iger Lösung als feuchter Verband bei Ulcus cruris und anderen Ulzerationen, ferner (1%ig) als Mundwasser bei Syphilis und in der gleichen Konzentration zum Verband bei Ekzemen und Dermatitiden verwendet und gut vertragen. Desgleichen war es in einer Konzentration von 1:1000 oder 1:500 für Blasenspülungen gut zu verwenden.

Philippi-Salzschlirf.

Weitere Mitteilungen über die chemotherapeutische Wirkung neuer Antimonpräparate bei Spirochäten- und Trypanosomenkrankheiten, von Uhlenhuth und Hügel-Straßburg. (D. m. W., 1913, Nr. 50.) Verfasser beschreiben eine Anzahl organischer Antimonpräparate, die sich nach den bisherigen Versuchen bei Hühnerspirillose und zum Teil bei Heilversuchen bei experimenteller Kaninchensyphilis als wirksam erwiesen haben. Betreffs der Präparate sei auf das Original verwiesen.

Haller-Dresden.

Die Anwendung der Ebagapräparate in der Dermatologie, von Oskar Neugebauer-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 47.) Die von Matzenauer in die Therapie eingeführten Ebagapräparate stellen Kombinationen verschieden konzentrierter Alkaliverbindungen mit Stearin- und Palmitinsäure, unter Hinzufügung speziell präparierter Mineralöle dar. Sie sind mit Ausnahme einiger weniger glyzerinfrei, fast fettfrei, besitzen meist rein weiße Farbe und eine salbenartig weiche Konsistenz. Vermöge ihrer Wasserlöslichkeit können sie medikamentöse Zusätze in wässeriger oder spirituöser Lösung aufnehmen, ebenso absorbieren sie nässende Wundsekrete. Durch einfaches Abwaschen mit Wasser kann die Applikationsstelle von den alten Salbenresten leicht gereinigt und einer neuen Einreibung zugänglich gemacht werden. Verfasser kann die von Matzenhauer angegebenen besonderen Vorteile auf Grund seiner Erfahrungen bestätigen. Die Präparate zeichnen sich durch ein ganz außerordentliches Penetrationsvermögen aus, wodurch eine rasche Resorption und zugleich eine bedeutende Tiefenwirkung erreicht wird. Die rasche Resorption läßt die Salbe vollständig in der Haut verschwinden und gibt damit die Annehmlichkeit einer „unsichtbaren" Behandlung; durch die Tiefenwirkung ist das Gebiet der Anwendung ein weiteres, als sonst bei Salben, und zugleich ist die Anwendung eine sehr ökonomische, zumal ein Ranzigwerden ausgeschlossen und damit unbegrenzte Haltbarkeit garantiert ist. Als ein Nachteil ist eine gewisse Reizwirkung anzusehen, infolge deren die Ebagapräparate fast ganz von der Ekzemtherapie ausgeschlossen werden müssen. W. Lehmann-Stettin.

Eumattan, eine neue Wassersalbe, von W. Frank-Dudweiler. (Medico, 1913, Nr. 33.) Eumattan ist ein Gemenge von Lanolin mit Vaseline und Karnaubawachs, das bis zum Zwölffachen seines Eigengewichts an Wasser aufzunehmen vermag, daher die Bezeichnung als Wassersalbe. Es wird von F. Kripke-Neukölln in den Handel gebracht. Mit desinfizierenden Lösungen (Sublimat, Lig. alum. acet.) gibt es leicht verstreichbare Salben, die nicht kleben. Verfasser hat die Eumattansalbe mit Liq. alum. acet. für granulierende Wunden angewandt und ist — seine Versuche sind gering an Zahl — mit dieser Wundbedeckung stets zufrieden gewesen, er hält weitere Versuche auch bei

Digitized by Google

anderen Erkrankungen für sehr wünschenswert. Der Preis des Eumattans soll gering sein. Georg Heymann-Elbing.

Eiovan-Hautkreme. (Pharm. Zhalle, 1913, Nr. 39.) Trotz hohen Fettgehaltes hinterläßt das Mittel kein fettiges Gefühl auf der Haut, in die es sofort eindringt. Es schützt diese vor der Einwirkung kalter Luft sowie vor Sonnenbrand, auch als Heil- und Schutzmittel bei Wundlaufen zu empfehlen. Spröde und rissige Haut (Lippen) wird weich und geschmeidig. Chrzelitzer-Posen.

Die Hefetherapie der Hautkrankheiten, von E. Hellmer. (Allg. m. Ztg. Berlin, 1912, Nr. 48.) Hellmer bestätigt die auch von vielen anderen Seiten gemachten Erfahrungen über die günstige Wirkung von Levurinose bei Akne vulgaris, Furunkulose, Urtikaria, Erythema autotoxicum, Sycosis simplex und fluor. Besonders frappant war die Wirkung bei der Akne vulgaris anämischer Patienten, bei denen sich neben der Heilung des lokalen Prozesses eine erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens deutlich machte.

Nur zwei Fälle hebt er aus seiner reichen Erfahrung ausführlicher hervor: 1. einen Fall von Ekzema ad anum bei einem Hämorrhoidarier, 2. einen schweren Fall von chronischer Furunkulose. Beide Fälle heilten unter Levurinose überraschend schnell.

Lasch-Breslau.

Zur internen und externen Anwendung des Hefepräparates „Furunkulin", von R. Polland-Graz. (Ther. d. Gegenw., März 1913.) Bei Furunkulose, Akne juvenilis und Seborrhoe und verschiedenen anderen Dermatosen hat Polland gute Resultate mit Furunkulin Zyma erzielt. Innerlich die Pulverform, äußerlich mit Furunkulinpaste. Auch bei nässendem Ekzem erwies sich die Paste als heilend und sekretaufsaugend, bei Katarrhen der Vagina und des Zervikalkanals waren Tampons mit Furunkulinpulver heilwirkend. Bei den Seborrhoikern, Akne und Follikulitis empfiehlt der Verfasser Furunkulinseife Zyma. Chrzelitzer-Posen.

Über ein neues Dauerhefepräparat „Biozyme", von A. Stephan-Wiesbaden. (Ther. Mh., 1913, Heft 5.) Aus den physiologisch-chemischen, mikroskopischen und kulturellen Versuchen geht hervor, daß die Dauerhefe Biozyme in bezug auf ihre chemische Zusammensetzung, ihren Gehalt an Zymase und ihre Gärkraft vollkommen gleichwertig ist der frischen Hefe. Chrzelitzer-Posen.

Dermatologische Erfahrungen mit Levurinose nebst Beiträgen zur Geschichte der Hefetherapie, von Emil Bäumer-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 16.) Nach einer historischen Einleitung über die Hefeverwendung von den Zeiten des Hippokrates an geht Verfasser auf sein eigentliches Thema über. Für ihn sind nicht die einzelnen chemischen Bestandteile der Hefe (Fettsubstanz, Enzyme oder die Nukleinsäure) die wirksamen Elemente, sondern nur die Hefe als Ganzes, und zwar am besten frische Bierhefe, deren Anwendung nur dadurch erschwert wird, daß sie sich schnell zersetzt, nicht immer leicht zu beschaffen ist und den Patienten durch den wenig angenehmen Geschmack schnell zuwider wird. Daher nimmt man die Zuflucht zu den Hefetrockenpräparaten, bei denen die Wirksamkeit der Hefe aber nur erhalten bleibt, wenn dieselbe im kalten Luftstrom getrocknet wird, wie das bei der Levurinose Blaes der Fall ist. Mit diesem Präparat hat der Verfasser jahrelange Erfahrungen gesammelt, sich aber absichtlich auf ein kleines Anwendungsgebiet beschränkt, nämlich, die Akne in ihren verschiedenen Formen und die Furunkulose. Die Schwierigkeit in der Behandlung der Akne besteht ja in der ungeheuren Mannigfaltigkeit der ätiologischen Momente. Bei leichten Fällen behauptet der Verfasser mit Anwendung des Komedonenquetschers und Levurinosenseife, der man eventuell Schwefel oder Salizyl zusetzt, auskommen zu können, und zwar nach folgendem Verfahren: früh und abends Waschen mit recht heißem

Digitized by Google

Wasser und Levurinoseseife und eventuell während der Nacht den Seifenschaum eintrocknen lassen. Bei Obstipation 3—4 mal täglich einen gehäuften Teelöffel Levurinose in Milch oder Bier nehmen zu lassen, am besten nach gründlicher Entleerung des Darms vor der Kur durch Rizinusöl usw., da die Levurinose nicht sowohl laxierend als antifermentativ wirken soll. In den Ausführungen des Verfassers betreffs der allgemeinen Behandlung der an Akne leidenden Patienten, der Diät usw. ist nichts besonders Bemerkenswertes.

Bei der Furunkulose, und zwar sowohl bei der solitären als lokalen, ist die Levurinose wenn nicht alleiniges Heilmittel, so doch wirksames Unterstützungsmittel der sonst üblichen lokalen Therapie und sollte noch eine Zeitlang weiter gebraucht werden, auch ohne sichtbare Krankheitserscheinungen.

Erwähnenswert ist vielleicht noch, daß man den Patienten sagt, daß Levurinose keinen schlechten Geschmack hat im Gegensatz zu der jetzt im Handverkauf erhältlichen Faex medicinalis. Lasch-Breslau.

Zur Wirkung der Levurinose auf verschiedene Dermatosen, von Brück-Berlin. (Zschr. f. Krankpfl., Nov. 1912.) Brück hat mit Levurinose sehr ausgezeichnete Erfolge gehabt, wie er durch eine Reihe von Krankengeschichten beweist, und zwar: 1. bei Furunkulose auch bei schlecht genährten Kinden, ebenso bei der Furunkulose von Diabetikern, 2. bei Akne in fast allen Formen, 3. bei juckenden Ekzemen. Stets wurde aber neben der Levurinose, die der Verfasser je nach dem Alter der Patienten in Dosen von dreimal täglich einen halben Kaffeelöffel bis dreimal täglich einen Eßlöffel gab, auch die lokale Behandlung nicht vernachlässigt. So wurde bei den Kindern wie bei den Diabetikern die Diät geregelt, bestehende stark entwickelte Furunkel inzidiert und bei Ekzemen neben lokalen oder Vollbädern mit Kalium permangan. juckstillende Lenigallolpaste gegeben. Lasch-Breslau.

Über Hexal, ein neues Antisystikum, von A. Cambo-Tisa. (Med. nuova, 1913, Nr. 12.) Verfasser hat mit dem Mittel gute Resultate erzielt und empfiehlt es als wirksames Sedativum, Antiseptikum und Adstringens und als Vorbeugungsmittel gegen die Ausdehnung des entzündlichen Prozesses zur internen Behandlung bei allen infektiösen Affektionen der Harnorgane und Harnbahnen. K. Rühl-Turin.

Erfahrungen mit Hexal (sulfosalizylsaurem Hexamethylentetramin), von Eduard Bäumer-Berlin. (B. kl. W., 1913, Nr. 28.) Das Hexal wird in bequemer Tablettenform in den Handel gebracht. Es enthält die sedativ und adstringierend wirkende Salizylsäure, deren unter Umständen nachteilige Wirkung auf die Harnorgane durch den Eintritt der Sulfogruppe wesentlich gemildert wird, und das anerkannte Hexamethylentetramin, beide in äquivalenten Mengen. Es ist in Wasser leicht löslich und hat einen angenehm säuerlichen Geschmack. Verfasser hat an 40 Fällen gute Erfahrungen in bezug auf die Wirkung des Hexal gesammelt.

Georg Heymann-Elbing.

Über ungünstige Wirkungen des Hexamethylentetramins (Urotropins), von W. Curtz-Heidelberg. (M. m. W., 1913, Nr. 30.) Verfasser hat bei zwei Kranken nach der Verabreichung von Urotropin in Dosen von zwei Tabletten (= 1 g) dreimal täglich eine sehr erhebliche Nierenreizung mit starker Albuminurie eintreten sehen. Beim Aussetzen des Medikamentes erfolgte in kurzer Zeit vollständige Beseitigung der Nierensymptome, kehrten bei neuerlicher Darreichung aber wieder. Bei 22 anderen zur gleichen Zeit in der Klinik behandelten Fällen konnte das Mittel mit bestem Erfolge und ohne alle Nebenerscheinungen gegeben werden. (Ähnliches ist schon mehrfach von anderer Seite berichtet worden. Ref.) Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Über Histopin, von Edmund Saalfeld-Berlin. (B. kl. W., 1913, Nr. 24.) Verfasser teilt seine Erfahrungen mit Histopin mit und kommt zu dem Ergebnis, daß die Histopinflüssigkeit als ein völlig unschädliches Mittel zur Immunisierung der Umgebung von Furunkeln anzusehen ist, ferner daß sie einen günstigen Einfluß in palliativer Hinsicht auf die Sycosis vulgaris ausübt. Das letztere sehen wir auch bei der Histopinsalbe. Diese ist als ein Spezifikum gegen Impetigo contagiosa anzusehen, abgesehen von seltenen Fällen, in denen neben den Staphylokokken auch Streptokokken als ätiologischer Faktor in Betracht kommen. Georg Heymann-Elbing.

Die Anwendung des Ichthargans in der Dermatologie, von P. G. Unna-Hamburg. (M. Kl., 1913, Nr. 30—31.) Nach kurzer Einleitung, in der Unna die chemischen Eigenschaften und die daraus sich ergebende Wirkungsweise des Ichthargans auseinandersetzt, berührt er kurz die guten Resultate, die von diesem Mittel bei der Blennorrhoe, von Ophthalmologen beim Trachom, von Rhinologen und Gynäkologen mitgeteilt worden sind, und wundert sich, daß über die Vorzüge desselben bei Behandlung von Dermatosen fast nichts verlautet. Die Gründe, die meist abschreckend gewirkt haben, mit dem Ichthargan Versuche in größerem Maßstabe anzustellen, sind wohl erstens die Schwarzfärbung der Haut (an Gesicht und Händen), zweitens der Kostenpunkt (bei flächenhafter Anwendung am Rumpf). Das zweite Bedenken fällt nunmehr weg, nachdem Unna diejenigen Hauterkrankungen, bei denen er mit Ichthargan gute Erfolge erzielt hat, eingehender präzisiert. 1. Die Psoriasis: Hier hat das Ichthargan den Vorzug der Ungiftigkeit und Reizlosigkeit vor dem Chrysarobin, Pyrogallol und Teer voraus; es wirkt in 5%—10%—20% Salben oder in 5% Kombinationssalben sehr gut; es ist ferner sowohl ein gut vorbereitendes wie ein gut abschließendes Mittel für eine Chrysarobinkur, und hat endlich den nicht zu unterschätzenden Vorzug, daß man während der Kur nach Belieben baden lassen kann. 2. Die trocknen, seborrhoischen und kallösen Ekzeme. Hier, bei der eigentlichen Domäne der Schwefelpräparate, bewährte sich Ichthargan teils allein, teils 2—5% kombiniert mit der Paste Zinci sulfurata ausgezeichnet; und ganz besonders hervorragend wirkt es bei den kallosen Ekzemen, bei denen Ichthargan-Guttaplaste fast augenblicklich juckstillend und schnell erweichend wirken. 3. Bei Hand- und Fingerekzemen hat Ichthargan-Guttaplast (0,5—10,0—20,0 g pro Rolle) oft eine verblüffende Wirkung und besonders auch bei den Berufsekzemen der Maurer usw. den Vorzug, die Prognose in bezug auf die Rezidive günstig zu gestalten. Unna empfiehlt lieber einen unnötig starken als einen eventuell unwirksam schwachen Ichthargan-Guttaplast zu nehmen, und meint, daß mangelnde Erfolge oft nur von zu geringer Konzentration herrühren, während er von zu starker nie Schaden gesehen hat.

Bei vielen andern Dermatosen hält Unna seine Erfahrungen noch nicht für reich genug, um das Mittel dringend empfehlen zu können; doch hebt er zum Schlusse die glänzenden Wirkungen hervor, die er mit Ichthargan-Guttaplast bei harten Warzen erzielt hat; er bedeckt die Warze mit Ichthargan-Guttaplast (200 g pro Rolle), fixiert denselben mit Leukoplast, läßt ihn 2—4 Tage liegen und erneuert ihn dann; er sah bei dieser Methode in 8—14 Tagen völlige Heilung. Lasch-Breslau.

Studien über Jodversan, von Claes J. Eurbuske. (Nord. med. Arkiv, 1912, Bd. 2, H. 4, Nr. 13.) Untersuchungen mit täglicher Einnahme von Jodpräparaten und quantitativer Bestimmung des mit dem Harn eliminierten Jods haben folgende Resultate ergeben.

Jodtannin wurde in 24 Stunden nicht vollständig eliminiert. Die mit dem Nachturin eliminierte Jodmenge nimmt allmählich zu.

Digitized by Google

Jodnatrium wird mit dem Tagesurin vollständig eliminiert. Andere Jodpräparate verhalten sich ähnlich.

Der Blutdruck wird bei Jodtannin auf den Normalwert zurückgeführt, Jodnatrium übt keine Einwirkung auf den Blutdruck aus. Jodtannin kommt in dem zirkulierenden Blut als organisch gebundenes Jod vor, während Jodnatrium als anorganisch gebundenes Jod vorkommt. Chrzelitzer-Posen.

Über Jodostarin, von G. Stümpke-Hannover-Linden. (M. m. W., 1913, Nr. 27.) Das Jodostarin hat nach Stümpkes zirka einjährigen Erfahrungen die Eigenschaften des angenehmen Geschmacks, der zuverlässigen Wirkung und der Bekömmlichkeit. Zur Unterstützung der sonstigen Salvarsan- und Quecksilbertherapie bei der Syphilis bzw. als Ersatz derselben sowohl in der sekundären als auch in der Tertiärperiode leistete das Mittel in Dosen von 2—3 Tabletten pro die, eventuell bis zu sechs steigend, sehr gute Dienste. Auch bei Tabes wirkte es günstig namentlich zur Bekämpfung der lanzinierenden Schmerzen, und bei apoplektischen Insulten auf der Basis der Endarteriitis obliterans ist das Mittel besonders in den Frühstadien bei etwaigen Reizerscheinungen empfehlenswert. Besonders wird auch das Ausbleiben aller oder fast aller Erscheinungen von Jodismus rühmend hervorgehoben. Philippi-Salzschlirf.

Die Wirkung des Kalium-Goldcyanürs bei Syphilis und einigen Hautkrankheiten, von G. Buzzi-Turin. (Riforma med., 1913, Nr. 41.) Der Verfasser hielt sich bei der therapeutischen Verwendung des Mittels genau an die Vorschriften von Bruck und Glück, injizierte im Beginn gewöhnlich 0,01 in 50 ccm physiologischer Kochsalzlösung intravenös, später steigerte er die Dosis bis zu 0,05 und 0,06. Er erzielte bei Lues meistens ein rapides Verschwinden der manifesten Symptome. Sowohl die Sklerose, als Schleimhautplaques, papulöse Ausschläge, auch pustolo-ulzeröse Formen reagierten leicht und gut. In einem Falle von subakutem Ekzem des Gesichts wurde nach kurzer Behandlung Heilung erzielt. Desgleichen bei einem 4 Monate alten Ekzem der Arme und Beine. In einem Falle von Dühringscher Krankheit und von generalisiertem Ekzem konnte die Behandlung nicht zu Ende geführt werden, da sich schwere Entoxikationssymptome einstellten. Letztere bestanden in Kopfschmerzen, Temperatursteigerungen, Darmschmerzen, und oft schwerer Prostration mit Tachykardie, Atembeschwerden und Delirien. Der Verfasser glaubt deshalb nicht, daß das Mittel in der Therapie Eingang finden kann. A. Gunsett-Straßburg.

Die Kaolin-Glyzerinpaste in der Dermatologie, von P. G. Unna-Hamburg. (M. Kl., 1913, Nr. 41/42. On revient toujours à ses premières amours! Vor 35 Jahren bei Beginn seiner praktischen Tätigkeit trat Unna warm empfehlend für den Ton-bolus alba und später für das Kaolin ein, und dieser Neigung für die Tonpräparate bzw. für Tonsalben und Tonpasten ist auch die vorliegende Arbeit entsprungen. Mit einem großen Aufwande von Mühe und sorgfältiger chemischer und physikalischer Arbeit stellt er fest, worin die Vorzüge der Kaolin-Glyzerinpaste — ihre erweichende und ihre aufsaugende Wirkung — bestehen.

Im Rahmen eines Referates läßt sich nur das Resumee der mühevollen Arbeit wiedergeben: Das Glyzerin zieht gleichviel Wasser an, ob es für sich oder mit Kaolin gemischt ist; die Ölsäurekontinenz aber ist allein dem Kaolin zu danken. „Die therapeutische Wirkung der Kaolin-Glyzerinpaste haben wir uns also hauptsächlich als eine Glyzerinwirkung darzustellen. Durch Vermehrung der insensiblen Wasserverdunstung verursacht die Paste einen vermehrten Wasserzufluß zur Oberfläche, und die damit verknüpfte seröse Durchtränkung des Gewebes führt zu dessen Erweichung." Bei dieser Gelegenheit sei noch auf den von Unna im Jahre 1898 empfohlenen und seitdem be-

Digitized by Google

währten Puder hingewiesen: Bol. rubr. 2,0, Bol. alb. 3,0, Magnes. carbon. 3,0, Zinc. oxyd. 2,0, Amyl. oryz. 10,0 (ev. mit Zusatz von 5—10% Ichthyol). Lasch-Breslau.

Die Kolloide der Tone und Kaoline und die Kaolin-Glyzerinpaste in der Dermatologie, von Paul Rohland-Stuttgart. (M. Kl., 1913, Nr. 52.) Rohland glaubt, daß in der Unnaschen Arbeit über Kaolin (M. Kl. 41/42) ein Irrtum unterlaufen sei. Unna schreibt: „Kaolin, das von den gewöhnlichen Verunreinigungen und auch von dem Rohlandschen Kolloiden der Tone ein freierer ist, nimmt die größte Flüssigkeitsmenge auf." Indes Rohland die plastischen Eigenschaften der Tone auf ihren Gehalt an Kolloidstoffen zurückführt; er glaubt, daß die Plastizität die Schwindung, das Bindevermögen, die Absorptionsfähigkeit des Kaolins die gleichen Ursachen habe wie die Tone und bringt Beweise für seine Anschauungen vor. Lasch-Breslau.

Über die Wirkung von Kupferverbindungen auf das Wachstum von Mäusekarzinom, von A. J. Gelarie-Liverpool. (Brit. m. J., 2. Aug. 1913.) Auf der Suche nach chemischen Substanzen, welche imstande wären, antagonistisch auf die Karzinose einzuwirken, hat Verfasser zunächst zwölf mit Karzinom erfolgreich geimpfte Mäuse mit subkutanen Iniektionen von Kupferammoniumsulfat behandelt. Er fand, daß bei drei der Tiere die Gewächse eine vollständige Rückbildung erfuhren und bei zweien eine sehr erhebliche Besserung eintrat; fünf Tiere zeigten ein Stehenbleiben und zwei eine weitere Zunahme der Tumoren. Ferner führte Verfasser bei 32 Mäusen subkutane Injektionen mit kolloidem Kupfer aus. Hierbei trat nur zweimal ein Verschwinden und viermal eine Rückbildung der Gewächse ein, während 16 stationär verblieben und 10 Tiere ein weiteres Wachsen der Tumoren aufwiesen.

Philippi-Salzschlirf.

Über den Einfluß des Unguentum Oppenheim auf einige Hautleiden, von H. Cramer-Zehlendorf. (Ther. d. Gegenw., März 1913.) Unguentum Oppenheim, bestehend aus Ol. tanacet., Ol. rutae, Ol. caps. bursae past., Extr. verbenae, Extr. trigon., Extr. saponcur., Extr. betonic. erwies sich durch besonders rasche und günstige, milde anregende, Juckreiz lindernde und reizlose Wirkung als empfehlend bei chronischen, allgemeinen trockenen Ekzemen, Urtikaria, bei Brandwunden, zur Nachbehandlung des Gletscherbrandes, bei Juckzuständen, nässenden Ekzemen, Intertrigo, Furunkulose u. dgl.

Chrzelitzer-Posen.

Über Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis, von Hoffa-Barmen. (D. m. W., 1913, Nr. 25.) Verfasser hat die Präparate mit gutem Erfolge bei Kinderekzemen, Intertrigo, Dermatitis papulo-vesiculosa glutaealis infantum und bei luetischen Rhagaden bei gleichzeitiger spezifischer Behandlung angewandt. In der Wundbehandlung leisten sie das gleiche wie Amidoazotoluol und Scharlachrot. Das Fehlen der Färbkraft und die gute Löslichkeit sind Vorzüge. Puder mit Zusatz von Pellidol und Azodolen sind gut brauchbar. Junghanns-Dresden.

Petroleum als Heilmittel, von G. Arbour Stephens. (Dublin J., Dezember 1913.) Verfasser weist auf die wenig bekannte Tatsache hin, daß Petroleum in mancherlei Fällen mit Erfolg therapeutisch verwendet werden kann. Besonders ist dies bei Erkrankungen des behaarten Kopfes der Fall, da Petroleum das Fett löst und so die Einwirkung eines anderen Medikaments auf die erkrankten Stellen ermöglicht; so kann es in Verbindung mit einem Antiseptikum z. B. bei Alopecia areata angewendet werden. Bei Kopfläusen ist es überhaupt das Mittel; bei Kopfwunden reinigt es die Umgebung; bei pustulösen Herden und bei Rasierausschlägen kann es mit Erfolg verwendet werden. Ebenso bei einer beginnenden Krätze. Verfasser erwähnt auch einen Fall eines hartnäckigen, jeder Therapie trotzenden Ekzems, das durch Petroleum leicht zum Verschwinden gebracht wurde. Bei wunden Brustwarzen, bei Verbrennungen, namentlich

Digitized by Google

durch Metallsplitter und bei der Vorbereitung zu einer Operation leistet das Mittel auch gute Dienste. Wegen seiner Feuergefährlichkeit ist natürlich Vorsicht am Platze.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Kenntnis der Pyrogallolvergiftung, von I. Schapiro-Grodowka. (Fol. haemat. Arch., 1913, Bd. 15, H. 2.) Nach den experimentellen Befunden des Verfassers stellt das Pyrogallol ein Blutgift dar, welches starke Anämie, deutliche Anisozytose, aber keine Hyperchromie und keine typischen Heinzkörperchen hervorruft. Im wesentlichen entspricht der Befund am blutbildenden Apparat dem einer einfachen hochgradigen Anämie beim Menschen. In vitro wirken mittelstarke Konzentrationen des Pyrogallols hämolytisch auf die Blutkörperchen, schwache Konzentrationen lassen dagegen keinen Einfluß auf die Blutkörperchen erkennen, während starke Lösungen sogar eine Gerbung der Blutkörperchen bedingen. Starke Pyrogallollösungen erhöhen die Resistenz der Blutkörperchen in vitro und bedingen dadurch einen Schutz der Blutkörperchen gegen die Saponinhämolyse. Durch schwache Pyrogallollösungen werden die Blutkörperchen gegen starke Saponinlösungen nicht geschützt, vielmehr wird die Wirkung schwacher Saponinlösungen durch Zufügen schwacher Pyrogallollösungen noch unterstützt und verstärkt. Mittelstarke Pyrogallollösungen schützen gegen schwache und starke Saponinlösungen, hierbei besteht also keine Summation, die Resistenz gegen Saponin wird erhöht. Die Resistenz der Erythrozyten, welche von in vivo mit Pyrogallol vergifteten Tieren stammen, gegenüber Saponinlösungen scheint etwas vermindert gegenüber der Norm. Eine Prüfung einer eventuellen Resistenzvermehrung oder Verminderung der Erythrozyten gegenüber der Pyrogallollösung in vitro ist bei den mit Pyrogallol vergifteten Tieren von den Verfassern leider nicht vorgenommen worden.

Graetz-Hamburg.

Weitere Untersuchungen über organische Quecksilberpräparate, von W. Knolle und Rothermund-Bern. (M. Kl., 1913, Nr. 21.) Trotz des Salvarsans sind die Hg-Präparate noch unentbehrlich, da die meisten Forscher sich die besten Erfolge von einer kombinierten Behandlung mit Salvarsan + Hg versprechen, und zwar speziell von Hg-Präparaten mit größerer Dauerwirkung. Die Verfasser hielten es nun für richtig, die betreffenden Präparate nicht nur klinisch zu prüfen, sondern auch ihre chemotherapeutische Wirkung auf spirochäteninfizierte Tiere auszuprobieren und die Verschiedenartigkeit derselben bei den einzelnen Hg-Präparaten festzustellen. Zunächst wiesen die Verfasser nach, daß bei gewissen Hg-Präparaten (z. B. dem dinitromerkuribenzoes. Natrium) die therapeutische Wirksamkeit nicht parallel gehe mit ihrer Affinität zur Leber und ihrer Verankerung und Ablagerung daselbst. Ebenso scheint es nach den Untersuchungen der Verfasser irrelevant zu sein, ob ein Hg-Präparat eiweißfällend wirkt oder nicht; denn sie fanden, daß auch lösliche Hg-Präparate, die nicht eiweißfällend, zum Teil an der Injektionsstelle niedergeschlagen werden, und ähnlich wie die unlöslichen, zur Resorption gelangen. Weitere Versuche, die alle angestellt wurden, um die Dosis minime letalis und maxime efficax bei den einzelnen Präparaten zu finden, führten zu der Erkenntnis, daß unabhängig vom Hg-Gehalt, Beziehungen zwischen Wirkung und Konstitution der Hg-Verbindung bestehen können, und daß die organischen Hg-Verbindungen, die sich aus dem Benzolring oder aus dem Pyrazolonkern aufbauen, besondere Vorteile haben vor den anorganischen und den Hg-Verbindungen der aliphatischen Reihe. Unter ihren Kombinationspräparaten fanden die Verfasser als besonders vielversprechend eine Dimethyl-Phenyl-Pyrazolon-Hg-(Antipyrin-Hg-)Verbindung mit 46% Hg. Dieses Präparat, das demnächst als „Argulan" in den Handel kommt, wies einen ganz besonders günstigen therapeutischen Index auf; doch ist das hier nur als eine vorläufige Mitteilung zu betrachten.

Digitized by Google

Alle Erwägungen, die die Verfasser rein chemisch aufstellten, wurden an einem großen, spirochäteninfizierten Tiermaterial geprüft, und zwar besonders an Hühnerspirillose, und dann an mit Rekurrens geimpften Mäusen.

Da die klinischen Versuche mit Argulan noch nicht abgeschlossen vorliegen, so geben die Verfasser nur an, daß sie glauben, in diesem Präparat ein sehr starkes parasitotropes Mittel gefunden zu haben, das wenig organotrop ist, so daß der größte Teil desselben so fest und schnell mit der Parasitenzelle verankert wird, daß es dem Organismus keinerlei größere Schädigung zufügen kann. Lasch-Breslau.

Ein Beitrag zur Wirkung des per os genommenen Quecksilbers, von Friedrich Schaefer-Breslau. (D. m. W., 1913, Nr. 14.) Verfasser berichtet über einen Fall, in dem 3 g eines $33^1/_3$%igen Hg-Präparates zur Inunktionskur acht Tage lang irrtümlich per os genommen wurden. Resultat: Nach jeder verschluckten Schmierkapsel nur etwas Brechreiz, ganz geringer Durchfall, der bald vorüberging, nach den acht Tagen beginnende Stomatitis mercurialis, schneller und vollständiger Rückgang der Roseola, die trotz drei Wochen zuvor gegebener Salvarsandosis (0,6) vor dieser Hg-Kur noch sehr deutlich war.

Eine Mund- und Zahnpflege ist vom Patienten nicht geübt worden, da die gleichzeitig verordnete Saluferrinpaste zu einer Schmierkur verwendet wurde.

Franz-Dresden.

Beitrag zur Erklärung der Wirkungsweise des Quecksilbers bei den Spirillosen, von Benno Hahn und Kostenbader. (B. kl. W., 1913, Nr. 47.) Als Versuchsanordnung wurde die Gonderesche Methode benutzt, da es ja denkbar erschien, daß erst im lebenden Organismus das injizierte Quecksilberpräparat in eine die Spirillen direkt beeinflussende Form umgewandelt würde. Verfasser wählten absichtlich ein organisches Quecksilberpräparat, ein Fluoreszeinquecksilber, das im Reagenzglas auf Typhusbazillen, Milzbrandbazillen und Streptokokken keinerlei antiseptische Wirkung zeigte, um eine direkte schädigende Wirkung auf die Spirillen in vitro auszuschalten. Das bei Hühnerspirillose und der menschlichen Syphilis äußerst wirksame Quecksilberpräparat vermochte weder direkt in vitro noch nach einstündiger Tierpassage die Hühnerspirillen nachweisbar zu schädigen. Eine parasitotrope Wirkung bestand also nicht. Dagegen gelang es den Verfassern, eine die Abwehrkräfte des Körpers stimulierende Eigenschaft des Quecksilbers nachzuweisen. Die klinischen Erfahrungen entsprechen durchaus den Ergebnissen der Versuche. Bei parasitotroper Wirkungsweise des Quecksilbers würde der Erfolg der Luesbehandlung mit einer Steigerung der Dosen wachsen. Dagegen sehen wir gerade, daß mäßige Mengen Quecksilber, die Intoxikationserscheinungen, also eine Schädigung des Organismus, noch nicht zur Folge haben, die günstigste Aussicht für eine erfolgreiche Kur bieten. Georg Heymann-Elbing.

Akute Quecksilbervergiftung, von Jacob Munten Lobsenz-New York. (New York m. J., 26. Juli 1913.) Eine 22jährige Person nahm drei Sublimatpastillen von je 0,5 g, also zusammen 1,5 g Sublimat; 10 Minuten später wurde der Magen ausgespült. Trotzdem traten Vergiftungserscheinungen auf, die in Anurie, welche über fünf Tage anhielt, vorübergehenden Zuckergehalt des Urins (neun Tage lang) und Blaufärbung von Fingern, Zehen, Urin und des Erbrochenen — ohne daß irgend etwas, das Methylen enthielt, genossen worden wäre, bestand. Die Behandlung war eine symptomatische, aus heißen Packungen bestehend, Kochsalzinstillationen per rectum usw. Lobsenz hält es für unerläßlich, daß Sublimat und ähnliche Mittel nicht dem freihändigen Verkauf unterstehen, sondern nur auf Verordnung des Arztes abgegeben werden dürfen — was bei uns in Deutschland schon längst eingeführt ist. Stern-München.

Digitized by Google

Über das „Mercurio-Coleolo“, von A. R. Cervelli-Rom. (Bass. di Clin., Ter. e sci. affini, 1913, Nr. 5.) Bericht über 20 Fälle von Lues, die mit einem neuen cholesterinhaltigen Quecksilberpräparate (Mercurio-Coleolo) behandelt wurden.

Schlußfolgerungen: 1. Mercurio-Coleolo besitzt neben einer zuverlässigen prompten antiluetischen Wirkung ausgesprochene neurotrope Eigenschaften. 2. Das Präparat wird von den Patienten ausgezeichnet vertragen; es verursacht nur selten eine schwache allgemeine Reaktion; die Einspritzung verursacht keine oder fast keine lokalen Schmerzen und keine Infiltrate. 3. Das Mittel ist durchwegs unschädlich; man kann ohne irgend welche Übelstände eine Reihe von 20 Injektionen je 1 ccm machen. 4. Durch das Mercurio-Coleolo wird die Luesbehandlung, indem die Zahl der Einspritzungen herabgesetzt wird, bedeutend vereinfacht.

[Über diese Arbeit ist mehreres zu bemerken. Verfasser führt keinen Beweis für die Neurotropie des Präparates, sondern beschränkt sich auf die Angabe, dieselbe sei von Serono nachgewiesen worden, und Serono ist zwar Privatdozent an der Universität Rom, aber zu gleicher Zeit Aktionär und „amministratore delegato“ (mit der Direktion beauftragtes Mitglied des Aufsichtsrates) der das Präparat produzierenden Firma. Verfasser spricht von einer „unzweifelhaften ausgesprochenen Prädilektion des Trefonema pallidum für das Nervensystem“, die bisher nicht als nachgewiesen gelten kann. Verfasser gibt an, es werde bei jeder Injektion 1 ccm Quecksilber (d. i. 13 gr Hg) eingeführt; diese Angabe beruht offenbar auf einem groben Rechenfehler. Verfasser wendet bezüglich des Salvarsans Ausdrücke an, die nur entweder auf geringer Ernsthaftigkeit oder auf mangelhafter Kenntnis der Salvarsanliteratur beruhen können.] K. Rühl-Turin.

Über das neue Inunktionsmittel „Hygralon“, von E. Schreiber-Köln. (Ärztl. Rdsch., 1913, Nr. 24.) Verfasser gibt den bekannten Nachteilen der offizinellen grauen Quecksilbersalbe gegenüber einem neuen Präparat der Firma Ludw. Oestreicher-Berlin den Vorzug, das „Hygralon“ heißt und eine aus Kokosöl aufgebaute 30%ige Hg-Kaliseife darstellt. Die Wirkung soll dieselbe wie bei der grauen Quecksilbersalbe sein. Nach der Verreibung bleibt keine Salbenspur auf der Haut zurück.

Georg Heymann-Elbing.

Merlusan (Tyrosin-Quecksilber) in der Syphilis- und Blennorrhoetherapie von Hans Buchtala und Rudolf Matzenauer-Graz. (W. m. W., Nr. 38 und 39, 1913.) Merlusan ist eine schwach alkalische Tyrosin-Quecksilberverbindung kolloidaler Natur. Versuche mit Kulturen verschiedener virulenter Keime zeigten, daß Verdünnungen von 1 : 90000 bzw. 100000 noch genügend bakterizid wirken, um die Entwicklung der Keime zu verhindern. Dourinespirillen wurden bei Kaninchen noch in einer Verdünnung von 1 : 120000 durch intravenöse Injektion in $1^1/_2$ Stunden abgetötet.

Merlusan kann intramuskulär und wahrscheinlich auch ohne Schaden intravenös gegeben werden. Ganz besonders geeignet ist es zur internen Darreichung. Es sol auf diesem Wege stärkere Wirkungen entfalten können, als kräftige Injektions-, Inunktions- und interne Kuren mit den bisher gebräuchlichen Quecksilberpräparaten. Verdauungsbeschwerden soll das Mittel nicht auslösen.

$^1/_2$% alkalische wässerige Merlusanlösung oder Schmelzbougies in $^1/_2$—1%iger Konzentration sollen bei der Behandlung der Blennorrhoe völlig reizlos und in der Wirkung den Silbereiweißpräparaten ebenbürtig sein. Valentiner-Leipzig.

Die Scharlachrotsalbe und ihre Modifikationen, von C. Decker-Köln. (M. Kl., 1912, Nr. 49.) Die ursprüngliche Scharlachrotsalbe hatte bei ihrer sehr guten Wirkung die Epithelisierung frischer, nicht sezernierender Wunden sehr zu beschleunigen den großen Nachteil, daß nicht nur der ganze Verband, sondern auch die Wäsche stark rot gefärbt wurde.

Digitized by Google

Hayward versuchte daher die wirksame Substanz zu eruieren und fand dieselbe in dem Amidoazotuol, das mit Oleum Oliv. zu einer 8%igen Salbe verarbeitet, auch bei granulierenden Wunden mit Erfolg von dem Verfasser benutzt werden konnte; die Wunden waren mit festem Epithel überzogen und zeigten keine Narbenbildung; auch war der Verband nur noch gelb verfärbt und die Wäsche nur dann, wenn dieselbe direkt mit der Salbe in Berührung kam.

Um auch diese Verfärbung noch zu beseitigen, brachten die chemischen Fabriken von Kalle & Co. das Pellidol (das Diazetylderivat des Amidoazotoluols) in den Handel; dasselbe ist in Alkohol, Azeton, Benzol, Chloroform und in Vaselinen, Fetten und Ölen löslich, dagegen in Wasser unlöslich; es ist daher Pellidöl außer in zu hochprozentiger Konzentration vollständig in der Salbengrundlage löslich, während in der 8%igen Scharlachrot- resp. Amidoazotoluolsalbe der wirksame Bestandteil nur in Suspension ist, und infolge der dadurch für die Heilzwecke nötigen geringeren Konzentration ist die Pellidolsalbe wesentlich billiger. Dasselbe gilt von Azodolensalben; Azodolen ist ein Gemisch von gleichen Teilen Pellidol und Jodalen, das man herstellte, um der Salbe durch Beifügung von Jodolen (d. h. einer Verbingung von Jodol mit Eiweiß mit 30% Jodgehalt) eine desinfizierende Kraft zu geben.

Der Verfasser hat in vielen Fällen kleinere Verletzungen und auch große Wundflächen mit 2%igen Pellidol- resp. Azodolensalben verbunden und stets eine schnelle Epithelisierung erziehlt, bisweilen eine bessere und schnellere als mit Amidoazotoluolsalben.

Lasch-Breslau.

Die Verwendung des Spiritus bei Hautkrankheiten, von F. Hammer-Stuttgart. (Württ. Korr. Bl., 1913.) Verfasser berichtet über gute Heilerfolge des Spiritus bei einer Reihe von Hauterkrankungen, die auf der stark wasserbindenden und zugleich antibakteriellen Eigenschaft des Alkohols beruhen. Er kommt als Waschung, Umschlag und als örtliches Bad in Frage. Da er somit in größeren Mengen gebraucht wird, soll man ihn in denaturiertem Zustande aus dem Kramladen beziehen. Indikationen sind: Hyperidrosis pedum, Foetor axillaris, Erythrasma, Pruritus ani, ferner alle oberflächlichen, vesikulösen, bullösen und pustulösen Dermatosen. Auch Verbrennungen II. und III. Grades hat Verfasser mit gutem Erfolg der Spiritusbehandlung unterzogen. Die bakterientötende Eigenschaft des Alkohols läßt sich noch leicht durch Zusatz von Sublimat, Borsäure, Holzessig, essigsaure Tonerde verstärken, die alle in Spiritus löslich sind.

Georg Heymann-Elbing.

Über die Verwendung des Sulfoforms in der Dermatologie, von Max Joseph und Ludwig Kaufmann-Berlin. (Ther. M., 1913, Heft 12.) Das Sulfoforom, ein lösliches, geruch- und reizloses, ungiftiges Schwefelpräparat wird überall mit gutem Erfolg dort gebraucht, wo vom Schwefel eine Heilwirkung zu erwarten steht; er kann in folgender Lösung gebraucht werden: in 10%iger Lösung in Oleum olivarum, dem sogenannten Sulfoformöl, in 4%iger Lösung in einer Mischung von 2 Teilen Ol. oliv., 1 Teil absol. Alkohol, und 1 Teil Petroläther, in 4%iger Lösung in gleichen Teilen absol. Alkohol und Rizinusöl, in 2%iger Lösung in einer Mischung von 2 Teilen gewöhnlichem Alkohol und 1 Teil Chloroform und in 1%iger Lösung in reinem absol. Alkohol.

Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Das Teerpräparat Pinosol in der Hauttherapie, von R. Polland. (Österr. Ärzte-Ztg., 1913, Nr. 3.) Die chemische Fabrik G. Hell & Co. in Troppau stellt unter dem Namen Pinosol nach einem neuen Verfahren (Destillation der Teers unter stark vermindertem Druck nach besonderer Vorbereitung der Grundsubstanz) ein Teerpräparat her, welches an Wirksamkeit noch die alten Holzteere übertreffen soll, bei dem jedoch die unangenehmen Eigenschaften (Geruch und Verfärbung) derart herabgemindert sind,

Digitized by Google

daß sie praktisch keine Rolle mehr spielen. P. hat in der Grazer Dermatologischen Klinik bei seinen Versuchen mit Pinosol sehr zufriedenstellende Ergebnisse gehabt. Er erblickt in dem Präparat einen vollwertigen Ersatz für das Oleum Rusci, besonders als Bestandteil der Wilkinson-Salbe und der Dreuwschen Chrysarobinsalbe.

Eugen Brinitzer-Altona.

Über den klinischen Wert des Kadogel, eines neueren kolloidalen Teerpräparates, von J. Gerber-Budapest. (Gyógyászat, 1913, Nr. 15.) Kadogel ist ein aus Oleum cadinum im Wege einer im Vakuum vorgenommenen und unterbrochenen Destilierung angefertigtes kolloidales Präparat. Es ist sirupartig, ein wenig klebrig, licht bräunlichgelb, hat einen schwachen Teergeruch und löst sich in absolutem Alkohol, Äther, Benzin gut. Die juckstillende Wirkung des Kadogel ist auffallend. Sie stellt sich nach 1—2 Minuten ein, manchmal aber erst nach $^1/_2$—2 Stunden. Nach Anwendung des Kadogel klagen die Patienten über kurze Zeit anhaltendes, stärkeres Gefühl, das seltener eintrat und von kurzer Dauer war, wenn nicht reines, sondern 10—20%iges Vaselinkadogel angewendet wurde. Diese juckstillende Wirkung wurde ebenso bei chronischen Exzemen wie bei stärker entzündender, nässender, oder bei vesikulärer akuter Dermatitis wahrgenommen. Auch bei zwei Fällen Herpeszoster und Frostbeulen konnte Verfasser mit 33%igem und reinem Kadogel das brennende, juckende Gefühl auf 24 Stunden bannen und mit einem neuen Verbande auch weiterhin. Bei oberflächlichem Verbrennen wirkte als ebenfalls gutes stillendes Mittel ein 20%iger Kadogelverband. Eine sehr gute Wirkung konnte in 10%iger absoluter Alkohollösung bei einem seit drei Jahren bestehenden Pruritus scroti und bei einem $1^1/_2$jährigen Pruritus ani erreicht werden. Gute Wirkung hatte 5%iges Kadogel mit Spiritus saponatus kalinus bei Seborrhoea capitis. Mit der Abnahme der Entzündungserscheinungen besserten sich auch die objektiven Symptome. Nach einigen Tagen hörte das Nässen auf, bald verschwand das Ödem und die Hyperämie. Eine unangenehme Wirkung nahm Verfasser nicht wahr. Bei Verbandwechsel wurde anfangs die unter Behandlung stehende Hautfläche mit Benzin gereinigt, aber später wurde laue Seifenabwaschung angewendet. Beim chronischen nässenden Ekzem hörte in 10 Fällen das Jucken in den ersten zwei Tagen auf, zugleich mit dem Nässen. An Stelle der Rhagaden und Exkoriationen trat rasch Epithelbildung ein. Auf den kranken Flächen löste sich die Hornhaut in größeren Fetzen ab. Wie dies auch schon Török wahrgenommen hat, tritt bei Hautentzündungen, bei denen die Zeichen der Anwesenheit von Bakterien das Krankenbild beherrschen und die Entzündung aufrecht erhalten, nach Kadogel Verschlimmerung ein, weil Kadogel keine antibakterizide Wirkung hat. Im Verkehr ist es in 33%iger und 60%iger Form. Verfasser benutzte es in 10-, 20-, 50%iger Verdünnung mit Vaseline. Die Verdünnung wurde immer frisch zubereitet. Kadogel ersetzt den Teer vollkommen, ohne daß es seine unangenehme Wirkung hat.

Porosz-Budapest.

Die mit Kadogel erreichten Resultate, von A. Fenyö und E. Halmi-Budapest. (Budapesti Orvosi Ujság, 1913, Nr. 51.) In den 9 Fällen der Verfasser was das 8 bis 10malige Einschmieren mit Kadogel (8—10 Tage) genügend, damit das erkrankte Individuum seine Erwerbsfähigkeit zurückbekam. Überdies benutzten die Verfasser Kadogel in Fällen von akuten Ekzemen bei Furunkulose. Bei Ekzemen verschwanden in 2 bis 3 Tagen die beunruhigenden Juckgefühle spurlos. Das Kadogel ist auch nach der Verfasser Erfahrungen zur Heilung verschiedener Hautkrankheiten und zur Heilung der akuten und subakuten Ekzeme ein sehr geeignetes Heilmittel. Es wirkt rasch, und die erreichten Resultate sind auch gut. Die Verfasser wagen aber nicht zu behaupten, daß es das souveräne Mittel der Hautleiden ist, aber es ist ein Präparat, das bei der Behandlung akuter Hautkrankheiten und der Ekzeme mit Erfolg angewendet werden kann.

Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Dymal bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von C. F. Marshall. (M. Press a. Circ., 8. April 1914.) Dymal ist ein Nebenprodukt bei der Herstellung von Gasglühkörpern und besteht hauptsächlich aus Didymium salicylicum mit Lanthanum und Cerium salicylicum. Verfasser hat dieses antiseptische Pulver mit gutem Erfolg bei einer Anzahl von Hauterkrankungen, wie pustulöser Sykosis, chronischer Dermatitis, chronischem Ekzem angewandt; seiner antiseptischen Eigenschaften wegen möchte er es als Ersatz für Jodoform verwendet wissen. Meist genügt Einpuderung, doch kann das Präparat, das auch den Vorzug der Billigkeit besitzt, zu Salben verarbeitet werden. Besonders dürfte es auch die etwas überschätzte Zinksalbe ersetzen.

Fendt-Wiesbaden.

Kombination der Silbersalze und Arsenpräparate bei Behandlung der experimentellen Trypanosomiasis und der Syphilis beim Menschen, von J. Danysz. (Ann. inst. Pasteur, 1914, Nr. 3.) Die Tatsache, daß die Silbersalze die stärkste bakterizide Wirkung und den geringsten Einfluß auf das Blut zeigen, brachte den Verfasser auf die Idee, die gebräuchlichen antiseptischen Medikamente kombiniert mit Silbersalzen bei verschiedenen Septikämien, so auch bei der Syphilis zu versuchen. Es fand, daß der Zusatz von Jod- oder Bromsilber zu Salvarsan, dessen therapeutische Fähigkeiten bedeutend steigert, ohne die Toxizität zu vermehren. Die Versuche führten Verfasser zu der Ansicht, daß die Wirksamkeit der Präparate nicht nur in der bakteriziden Kraft liege, sondern daß der Organismus, besonders durch Phagozytose, eine Rolle spiele.

Richard Frühwald-Leipzig.

Testikulin in der Praxis der Dermatologie und Urologie, von P. Scharff-Stettin. (M. Kl., 1913, Nr. 36.) Scharff hat mit Testikulin, das von Freund und Redlich in Berlin hergestellt wird, und über dessen günstige Wirkung von W. Karo besonders bei dem unter dem Namen „Prostatismus" geschilderten Krankheitsbilde berichtet worden ist, Versuche angestellt. Bei Scharff handelte es sich zumeist um Sexualneurastheniker, bei denen es ihm gelang, mit durchschnittlich 15—20 Testikulininjektionen sehr gute Erfolge zu erzielen; oft ließen schon die ersten Injektionen einen sehr günstigen Einfluß auf die Patienten erkennen, so daß sich dieselben wie „neugeboren" fühlten. Scharff macht anfänglich täglich, dann 1—2 mal in der Woche Injektionen und hält Testikulin für ein Analeptikum und Tonikum ersten Ranges, das in erster Reihe zur Anwendung gelangen sollte; Eisen und Phosphor eignen sich mehr zur Nachbehandlung.

Lasch-Breslau.

Über Arsenlähmungen, von Obermiller. (B. kl. W., 1913, Nr. 21.) Verfasser schildert die Einwirkungen des Arsens auf das Zentralnervensystem. Die rein zerebralen Symptome gehören in die akute Periode der Vergiftung; die spinalen Erscheinungen, die Lähmungen, sind die Hauptwirkung des Arsens. Klinische und experimentelle Beobachtungen zeigen uns die Übereinstimmung der Symptome der Arsenikvergiftung mit den Nebenwirkungen des Salvarsans (bzw. Neosalvarsans) von den Magendarmerscheinungen angefangen bis zur akuten Hirnschwellung und Rückenmarkslähmung. Andere Momente als die Arsenvergiftung spielen dabei keine Rolle. Insbesondere kommt dem Wasserfehler praktisch gar keine Bedeutung zu. Die Reaktion auf Salvarsan ist rein arsentoxisch und bei der Regellosigkeit in ihrem Auftreten eben noch abhängig von individuellen, konstitutionellen Verhältnissen von seiten des Patienten.

Georg Heymann-Elbing.

Über die Lokalisation des Arsens in den Organen nach Salvarsaninjektionen, von Jeanselme, Vernes, Raoul Bertrand, Marcel Bloch. (Presse méd., 1913, Nr. 86.) Die Verfasser hatten Gelegenheit, das Arsen in den Organen verschiedener Individuen aufzusuchen, die nach Salvarsaninjektionen an interkurrenten Erkrankungen gestorben waren.

Digitized by Google

Sie fanden dasselbe hauptsächlich in der Milz, der Leber, dem Nervensystem oder den Lungen, ohne daß es ihnen möglich wäre, einen Grund für diese Elektivität anzugeben. In der Niere häuft sich das Arsen nur dann, wenn sie aus irgend einem Grunde funktionsunfähig ist. A. Gunsett-Straßburg.

Bericht über Erfahrungen mit Joha, von Weck. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1913, B. 17, H. 16.) Bei Framboësie hat Joha eine ebenso günstige Wirkung wie eine intravenöse Salvarsaninjektion. Bei Rückfallfieber hat Joha versagt. Bei Unterschenkelgeschwüren war eine günstige Wirkung festzustellen. Chrzelitzer-Posen.

Die bisherigen Erfolge der Salvarsanbehandlung im Marinelazarett zu Wik, von Gennerich-Kiel. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) In aufführlicher kritischer Darlegung schildert Gennerich die Resultate, welche er bei einem Material von mehr als 1200 Fällen und reichlich $3^3/_4$jähriger Beobachtungsdauer festgestellt hat. Der Hauptsache nach bildet die Arbeit nur eine Bestätigung seiner bei früheren Gelegenheiten schon mitgeteilten Erfolge. Ein Hauptvorzug der Gennerichschen Schilderungen bildet die durch die zweckmäßige Organisation des Sanitätswesens bei der Marine gebotene längere und genaue Kontrolle der behandelten Individuen nach ihrer Genesung. Andererseits ist der Umstand, daß eine relativ große Prozentzahl der Kranken schon in den Anfangsstadien der Krankheit in Behandlung genommen wurden, für die Art der Beobachtungen von Bedeutung. Letzterer Umstand gibt Verfasser auch Anlaß, eine möglichst frühzeitige Einleitung der Salvarsanbehandlung besonders dringend zu empfehlen, da die Wichtigkeit derselben bei der Mehrzahl der praktischen Ärzte noch immer nicht voll gewürdigt werde. Ein weiteres Moment, das auch gelegentlich versäumt wird, ist der rechtzeitige Anschluß der Quecksilberbehandlung an die Salvarsaninjektionen. An Unglücksfällen kam zweimal im Laufe der Verwendungsdauer des Salvarsans Exitus letalis vor; nach besserer Kenntnis aller Indikationen und den gebotenen Vorsichtsmaßregeln kann die Vermeidung einer Wiederholung erwartet werden. Störungen am Seh- und Gehörapparat kamen niemals vor. Philippi-Salzschlirf.

Die Gefahren und Komplikationen der Salvarsanbehandlung, von H. W. Bayly-London. (Lanc., 1913, 24. Mai.) Verfasser wendet sich gegen die von einigen Verfassern erhobene Beschuldigung der Gefährlichkeit des Salvarsans. Allerdings sind etwa 150 Todesfälle nach dem Gebrauch desselben vorgekommen; diese verteilen sich aber auf wohl mehr als eine Million Injektionen. Verfasser selbst hat 500 Fälle ohne Mortalität mit Salvarsan behandelt, und nur bei 5 derselben traten irgendwie beunruhigende Störungen hervor. Man kann die Schädigungnn nach vier Gruppen klassifizieren: 1. Meningitis, 2. Nephritis und Urämie, 3. toxische Symptome bei Degenerationsprozessen an der Leber, 4. Lungenembolie. Die fünf mit ernsteren Störungen verlaufenen Fälle sind mit ziemlicher Ausführlichkeit geschildert, bieten aber keine wesentlich neuen Gesichtspunkte dar. Verfasser zieht aus seinen Darlegungen das Gesamtresultat, daß man nicht berechtigt ist, auf Grund der relativ wenigen Unglücksfälle den Syphilitikern die Wohltat der Salvarsanbehandlung vorzuenthalten. Philippi-Salzschlirf.

Die Gefahren der Salvarsantherapie, von Friedrich Luithlen-Wien. (Ther. Mh., 1914, Heft 1.) Neben den guten nur oft überraschenden Wirkungen bietet das Salvarsan vielerlei Gefahren, die sich nach Ansicht des Verfassers vermeiden lassen. Ganz besonders wirkt der Salvarsan als Herzgift, führt zu einer Erweiterung, worauf der Blutdruck sinkt. Ebenso wirkt er neurotrop, so daß daraus schwere Komplikationen entstehen. Wie bei jedem anderen Mittel ist eine genaue Indikationsstellung notwendig, um aus den guten Wirkungen des Mittels vollen Nutzen zu ziehen.

Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Die Zufälle nach Salvarsan, von Louis Martin, Darré und Géry. (Bull. med., 1914, Nr. 12.) Ein beginnender Paralytiker war durch 3×0,3 Salvarsan bedeutend gebessert worden, so daß er seinen Beruf wieder aufnehmen konnte. Nach drei Monaten erlitt er ein Rezidiv, weswegen er im Abstande von zehn Tagen zweimal 0,3 Salvarsan erhielt, das nur von mäßigen Reaktionen begleitet war. Am dritten Tage nach der zweiten Spritze verließ er das Krankenhaus, wurde jedoch abends im Koma wieder eingeliefert; es stellten sich epileptiforme Krämpfe und Temperatursteigerung ein, und nach zwei Tagen starb der Patient. Die Sektion ergab Encephalilis haemorrhagica mit ausgedehnter Erweichung des Gehirns und Thrombosierung der Venen. Mikroskopisch fanden sich die Zeichen einer chronischen Meningoenzephalitis, auf die sich die akuten Erscheinungen abgepfropft hatten, für die mangels jeder entzündlichen Reaktion eine toxische Ursache angenommen werden muß. Die Nebennieren waren völlig intakt, so daß sie nicht schuldtragend sein dürften. Verfasser weisen auch auf die leichte Zersetzlichkeit der organischen Arsenpräparate hin. Richard Frühwald-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über die Salvarsantodesfälle, von Morel und Mouriquand-Lyon. (Bull. méd., 1914, Nr. 20.) Untersuchungen haben gezeigt, daß Tiere, die die Injektion gut überstehen, Arsen rapid im Harne ausscheiden; nach 3—4 Tagen fand sich kein Arsen in den inneren Organen. Wenn die Tiere der Injektion erlagen, war kein Arsen im Harne zu finden; das meiste Arsen wurde in der Leber gefunden. Verfasser schlagen vor, in gewissen Fällen erst eine Probeinjektion zu geben und dann die Ausscheidungsverhältnisse zu untersuchen; wird kein Arsen ausgeschieden, muß die zweite Injektion verschoben oder nur mit größter Vorsicht verabreicht werden.
Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Todesfall nach Salvarsan, von G. E. Nesbitt. (Dublin J., März 1914.) Der 25jährige Patient, der sehr viel wegen hereditär-syphilitischer Erscheinungen in Behandlung gewesen war, wurde wegen Steifigkeit des Halses und wegen Schluckbeschwerden aufgenommen. Es zeigten sich bei ihm ausgedehnte narbige Veränderungen des Rachens mit Verwachsung des Gaumensegels und der hinteren Rachenwand. Er erhielt 0,4 Salvarsan intravenös; außer zwei Schüttelfrösten und Erbrechen zeigten sich keine Folgeerscheinungen. Tags darauf, etwa 24 Stunden nach der Injektion stürzte der Kranke plötzlich hin und war binnen einer Viertelstunde tot. Die Sektion ergab multiple Lebergummen. Verfasser führt den fatalen Ausgang auf das Freiwerden großer Toxinmengen durch Abtötung der Spirochäten zurück.
Richard Frühwald-Leipzig.

Über einen weiteren Todesfall an akuter Enzephalitis nach Salvarsaninjektion, von Th. Kohrs-Lübeck. (M. m. W., 1914, Nr. 7.) Es handelte sich um einen 26jährigen, kräftigen Mann mit positiver Wassermann-Reaktion, der nach einer etwa 10jährigen Schmierkur eine intravenöse Injektion von 0,6 Salvarsan erhielt. Nach anfänglichem Wohlbefinden setzten am dritten Tage nach der Injektion Erbrechen und späterhin zerebrale Erscheinungen, Krämpfe und Bewußtlosigkeit ein, und am fünften Tage erfolgte der Exitus letalis. Die Sektion ergab Encephalitis haemorrhagica bei vorwiegender Beteiligung des Pons und akute Degenerationserscheinungen an den Nieren. Verfasser meint, daß es ratsam sein dürfte, die Salvarsandosis erheblich niedriger zu bemessen. Philippi-Salzschlirf.

Ein merkwürdiger Todesfall nach Salvarsan, von J. Król-Straßburg i. E. (M. m. W., 1913, Nr. 31.) Ein 59jähriger Tabiker, der auch Störungen apoplektischer Art, Urinbeschwerden und Sprachstörungen dargeboten hatte, erhielt in der Klinik im Laufe von ungefähr sechs Wochen sieben intravenöse Salvarsaninjektionen mit einer Gesamtdosis von 3,75. Während zunächst der Verlauf günstig war und Patient zum

Digitized by Google

Fortsetzen der Injektionen drängte, da dieselben sehr günstig auf seine Schmerzen einwirkten, trat nach der siebenten Injektion Herzschwäche auf mit Delirien und eigentümlichen Suggillationen in den Bauchdecken, worauf der Exitus im Koma erfolgte. Die Sektion ergab keine befriedigende Erklärung des ungünstigen Ausganges. Arsenik war nur in sehr geringer Menge in Leber, Milz, Nieren und Harn nachweisbar.

Philippi-Salzschlirf.

Über Salvarsanstörungen, von GENNERICH. (B. kl. W., 1913, Nr. 34.) Die Fieberreaktion bei Primärbehandlung ist unschädlich. Die Unverträglichkeit einer geringen Überdosierung zeigt sich in Unwohlsein, Brechreiz, Durchfall und sehr vereinzelt auch in geringer Temperatursteigerung. Der anorganische Wasserfehler läßt sich nach Verfassers Erfahrungen ebensowenig fortleugnen wie die Bedeutung des organischen Wasserfehlers. Die Beseitigung beider Fehlerquellen ist die Grundlage, auf welcher der Salvarsantherapeut fußen muß, wenn er eine gefahrlose und wirksame Salvarsanbehandlung betreiben will. Es kann ferner keinem Zweifel unterliegen, daß das Neosalvarsan durch den anorganischen Wasserfehler weit mehr bedroht ist als das Altsalvarsan wegen der größeren Zersetzungsgefahr. Verfasser hält eine ambulante Behandlung bei vorsichtiger Technik und Patientenkontrolle für angängig. Georg Heymann-Elbing.

Zur Frage der toxischen Wirkung des Salvarsans, von FREDERICO GRIGNOLO. (Zsch. f. Chemother., 1912, Bd. 1, H. 3.) Entgegnung auf Einwände IGERSHEIMERS in seinem Artikel: Zur Frage der toxischen Wirkung des Salvarsans in Ztschr. f. Chemother., Bd. 1. Valentiner-Leipzig.

Arsen- und Salvarsanwirkung, ein Nachtrag zu meinen Arbeiten über die Nebenwirkungen des Salvarsans, von OBERMILLER. (B. kl. W., 1913, Nr. 44.) Verfasser bespricht dieses Thema noch einmal nach dem Erscheinen zweier neuer Publikationen von EHRLICH und WECHSELMANN. Er begründet von neuem seine Anschauung, daß die Salvarsanunglücksfälle immer nur reinste Arsenwirkungen sind. All die vielen Erklärungen, welche von den Salvarsanfanatikern im Laufe der Zeit gegeben wurden, sie alle vermögen an dieser toxikologischen Tatsache nichts zu ändern. Es sind und bleiben Verlegenheitstheorien, lediglich gesucht, um uns über den wahren Sachverhalt hinwegzutäuschen und die toxische Wirkung des Salvarsans auf irgend einen Sündenbock abzuwälzen. Georg Heymann-Elbing.

Wirkung der subduralen Alt- und Neosalvarsaninjektionen beim Affen, von M. ELLIS und H. F. SWIFT. (J. of exper. M., 1913, Bd. 18, Nr. 4.) Als Versuchstiere wurden der Macacus rhesus und der Macacus nemestrinus benutzt. Zur Abschwächung der reizenden Wirkung des Salvarsans wurde dasselbe vor der Injektion mit normalem Menschen- oder Affenserum gemischt im Verhältnis 40 Serum zu 60 Medikament. Die normale Zusammensetzung des Liquors schwankt beim Affen in weiten Grenzen, die Zahl der Zellen im Kubikmillimeter kann 10, 40, 85, 137 betragen.

Nach Salvarsaninjektionen schwankt die Zahl der zelligen Elemente im Liquor ebenfalls stark. Immer ist sie aber erhöht, und in einem Falle konnte sogar die Zahl von 4082 Zellen im Kubikmillimeter konstatiert werden.

Übrigens ist selbst die geringste in den Subarachnoidalraum injizierte Menge von Salvarsan von einer starken meningo-medullären Reizung gefolgt. So verursachten 0,0032 beim M. rhesus eine Lähmung der hinteren Extremitäten, die mehrere Monate anhielt. 0,0002 bis 0,001 verursachten eine intensive Reizung des Liquors. Bei einem dieser Tiere verursachten 0,0004 eine Leukozytenvermehrung auf 890 pro Kubikmillimeter und dieselbe Dosis 18 Tage später injiziert auf 2570. A. Gunsett-Straßburg.

Die Anwendung von Salvarsan und Neosalvarsan durch Enteroklysis; Bericht über 37 Infusionen, von LUDWIG OULMANN und J. L. WOLLHEIM-New York.

Digitized by Google

(J. am. m. Ass., 13. Sept. 1913.) Ist aus irgend einem Grund die intravenöse Salvarsantherapie nicht angängig, so schreiten Verfasser zur Anwendung per rectum. Die Flüssigkeitsmenge beträgt in jedem Falle 240 ccm. Das Instrumentarium ist ähnlich dem bei den intravenösen Salvarsaninfusionen gebräuchlichen, ist jedoch mit einem Katheter von 20° C verbunden, der etwa 12 Zoll tief oder so weit als möglich in das Rektum eingeführt wird. Die Flüssigkeit fließt tropfenweise ein; der Einlauf soll nach einer Stunde beendet sein. Der Patient kommt ohne Speise und Trank zu sich genommen zu haben und mit leerem Darm zur Behandlung. Die Erfolge sind bei 30 Kranken mit zusammen 37 Behandlungen gut gewesen. Die Abheilung manifester Symptome dauerte nicht länger als bei intravenöser Therapie. Fendt-Wiesbaden.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung intravenöser Salvarsaninjektionen auf die Funktion der Niere, insbesondere bei bestehender Quecksilberintoxikation, von A. Loewy und W. Wechselmann-Berlin. (B. kl. W., 1913, Nr. 29.) Die Untersuchungen wurden an gesunden und an sublimatvergifteten Kaninchen vorgenommen. Vergleicht man auf den Protokollen das Verhalten der Nierenfunktion vor und nach Salvarsaneinspritzung, so erkennt man zunächst die relative Unabhängigkeit der Gefäßreaktionen der Niere von ihrer Harnabsonderungsfähigkeit. Man ersieht weiter, daß letztere weit eher geschädigt wird als erstere, welche bis kurz ante exitum bestehen bleiben können. Die Versuche zeigen weiter, daß trotz der Nierenschädigung, die sich in der Veränderung der Diurese nach Salvarsan kundgibt, ein eiweißfreier Harn abgesondert werden kann. Beide Ergebnisse sind praktisch wichtig. Sie müssen dazu auffordern, bei der Salvarsanbehandlung genau den Gang der Diurese zu überwachen und nicht etwa die Annahme einer Nierenschädigung von der Ausscheidung von Eiweiß abhängig zu machen. Die Versuche gaben ferner einen Beweis dafür, daß ein krankhafter Zustand der Nieren, wie er durch Quecksilbervergiftung gesetzt ist, die Gefahr einer nachträglichen Anwendung des Salvarsans bedeutend erhöht. Die harnausscheidende Fähigkeit der Niere versagt bei weitem früher als bei vorher gesunden Nieren. Salvarsandosen, unter denen bei gesunden Nieren die Harnsekretion, wenn auch vielleicht vermindert, weitergeht, führen hier schon zur Anurie.

Georg Heymann-Elbing.

Experimentelle Studien über den Einfluß des Salvarsans und Neosalvarsans auf dem Kreislauf und die Nieren gesunder und kranker Tiere, von Alwens. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm., Bd. 72, Heft 3.) Als Versuchstiere wurden ausschließlich Kaninchen verwendet. A. Langdauernde Salvarsanversuche: Frühestens drei Stunden nach der Infusion trat bei Salvarsanmengen von 0,05 bis 0,1 pro Kilogramm Tier eine leichte Nephritis auf, die sich im wesentlichen durch trübe Schwellung der Epithelien der Hauptstücke der gewundenen Kanälchen, wenig ausgesprochene Kernnekrose und Hyperämie der Glomeruli dokumentiert. Funktionell ist besonders der niedere Blutdruck, die verminderte Kontraktionsfähigkeit und die fast völlige Aufhebung der Dilatation der Niere auffallend. Die Salvarsannephritis ist in die Gruppe der vaskulären Nephritiden (Schlayer) einzureihen, zu denen die Arsen- und Kantharidennephritis gehören. B. Kurzdauernde Salvarsanversuche: Bei zunehmender Dosis oder Verstärkung der Konzentration stellen sich sehr bald nach der intravenösen Infusion schwere Funktionsstörungen ein: Herabsetzung der Kontraktionsfähigkeit, Verminderung der Dilatation, fast völliges Erlöschen der Diurese. Die Dosen bewegten sich zwischen 0,05 und 0,19 g Salvarsan pro Kilogramm. Mikroskopisch finden sich die unter A. erwähnten Veränderungen. Bei gleichmäßig langsamer Infusion bleiben Blutdruck und Nierenvolumen ziemlich unverändert, bei schneller Infusion dagegen zeigen sich Blutdruckschwankungen und Nierenvolumendilatation. Hierbei spielt wahrscheinlich die

Digitized by Google

Menge der Verdünnungsflüssigkeit eine bedeutsame Rolle. Die ziemlich rasch einsetzende Blutdrucksenkung und die schwere Läsion der Nierenfunktion nach toxischen Salvarsandosen können sehr wohl schnell auftretende Kreislaufstörungen bedingen, ohne daß die anatomische Untersuchung deutliche Veränderungen an den inneren Organen zutage fördert. Eine Gegenüberstellung der Salvarsan- und Acidum arsenicosum-Versuche zeigt weitgehende Analogie. Um annähernd dieselbe Blutdrucksenkung und Nierenfunktionsstörung zu erzielen, kann der Arsengehalt im Salvarsan den im Acidum arsenicosum um zirka das Sechsfache übersteigen.

C. Langdauernde Neosalvarsanversuche. Auch bei beträchtlich höherer Dosierung und Konzentration tritt im Gegensatz zu Salvarsan bei Neosalvarsandarreichung ceteris paribus eine klinisch nachweisbare Nephritis nicht ein. Anatomisch finden sich geringfügige Veränderungen, die denen nach Salvarsaninjektion gleichen.

D. Kurzdauernde Neosalvarsanversuche. Der Einfluß des Neosalvarsans auf Blutdruck und Niere stellt, im ganzen betrachtet, eine Abschwächung der Salvarsanwirkung dar. Die Neosalvarsanniere zeichnet sich durch stärkeren Blutgehalt aus.

E. Salvarsan und nierenkranke Tiere. Es wurden nur kleinste Salvarsandosen in stärkster Verdünnung gegeben. Vaskuläre, durch Kantharidin erzeugte Nephritis zeigte enorme Empfindlichkeit gegen diese Dosen von 0,04—0,06 g. Der anatomische Befund war mit der schweren Läsion der Nierengefäßfunktion nicht in Einklang zu bringen. Bei der tubulären, durch Kalium chromicum und Sublimat hervorgerufenen Nephritis dagegen trat der schädigende Salvarsaneinfluß erst bei höherer Konzentration der Lösungen auf.

F. Salvarsan und herzkranke Tiere. Es wurden Tiere verwendet, bei denen längere Zeit vorher nach dem Vorgange von Stadler und Romberg eine Trikuspidal- oder Aorteninsuffizienz erzeugt worden war. Es wurden nur kleine Dosen (0,06—0,085 g pro Kilogramm) verwendet.

Die Blutdruckerniedrigung tritt bei Trikuspidalinsuffizienz sehr ausgiebig in Erscheinung, während sie bei Aorteninsuffizienz kaum nachweisbar ist.

Valentiner-Leipzig.

Salvarsan und Insuffizienz der Nebennieren, von Bernard. (Soc. méd. des hôp., 30. Januar 1914.) Bernard glaubt, daß ein Teil der plötzlichen Todesfälle nach Salvarsan auf eine Veränderung der Nebennieren zurückzuführen sind. Der Verfasser hat früher Versuche gemacht, welche die elektiv toxische Wirkung des Arsens auf die Nebennieren beweisen.

Milian führt eine Anzahl von Fällen an, die diesen Zusammenhang beweisen: 1. fand Exelmans bei der Autopsie eines nach Salvarsan gestorbenen Patienten eine verkäste Tuberkulose der Nebenniere; 2. bei einer Frau, die nach einer fünften Salvarsaninjektion einen choleriformen Symptomenkomplex mit Anurie bekam, genügte eine Injektion von 0,00025 Adrenalin, um diese Symptome zum Schwinden zu bringen; 3. bei einem Syphilitiker trat nach mehreren Salvarsaninjektionen ein komatöser Zustand ein, der nach einer Adrenalininjektion verschwand. A. Gunsett-Straßburg.

Schwäche der Nebennieren und die Zufälle nach Salvarsan, von E. Sergent. (Bull. méd., 1914, Nr. 16.) Durch irgend welche Momente (Infektionen, Intoxikationen) können die Nebennieren geschädigt werden, so daß ihre Funktion geschwächt wird; dieser Zustand verrät sich durch Neigung zur Ermüdung, Apathie, Blutdrucksenkung. Treten dann einmal größere Ansprüche an die Nebennieren heran (z. B. Salvarsan), versagen sie, und es kommt zu den bedrohlichen Erscheinungen der Nebenniereninsuffizienz. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Untersuchungen über die Wirkung intravenöser Salvarsaneinspritzungne auf die Zusammensetzung des Urins, von G. Schoenborn. (Diss., Würzburg 1913.) Intravenöse Salvarsanzuführungen in nicht zu großen Dosen und in nicht zu kurzen Zwischenräumen bedingen keine direkte Schädigung des Blutes, der Leber und der Nieren. Eiweißausscheidung fand nach vorhergehender negativer Reaktion Verfasser nie, weder nach Salvarsan noch nach Neosalvarsan; im Gegenteil konnte er bei einem Fall eine therapeutische Wirkung des Salvarsans beobachten. Reduzierende Substanzen traten in zwei Fällen auf. Das Material genügt aber nicht zu Verallgemeinerungen. Salvarsan an sich ruft die Diazoreaktion nicht hervor. Zum Auftreten von Blut als Folge einer Salvarsanwirkung kam es nie. Eingehender wird über das Verhalten der Gallenfarbstoffe berichtet. Bilirubin, Urobilin und Urobilinogen zusammen traten nie auf. Zwei davon gleichzeitig (fast ausschließlich Urobilin und Urobilinogen) 13 mal = 26%. Ein Auftreten von Gallenfarbstoffen bzw. ihre Steigerung nach Salvarsaninjektionen war in 72% nachzuweisen. Am häufigsten fand sich Urobilinogen im Harn. Die Farbstoffreaktionen traten in 1—6 Stunden nach der Injektion auf und waren in der Regel in 2—3 Tagen verschwunden. Bei Syphilis scheint häufiger eine Steigerung der Gallenfarbstoffe aufzutreten. Verfasser schließt, daß das Salvarsan (spezifische As-Wirkung?) eine mäßige Steigerung bedingt und daß diese zusammen mit der Syphilisinfektion noch deutlicher wird. Alter oder Höhe der Dosis haben dabei keinen Einfluß.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zum Studium der Salvarsanwirkung auf die Eingeweide, von J. Chirokogorov. (Arch. des sc. biol. de St. Petersb., 1913, Bd. 17, Nr. 4.) Der Verfasser fand bei mit Salvarsan behandelten Tieren häufig fettige Degeneration der Organe. Dieselbe ist aber inkonstant. A. Gunsett-Straßburg.

Ein weiterer Beitrag zur Leberschädigung durch Salvarsan, von Paul Heinrichsdorff. (B. kl. W., 1914, Nr. 49.) Verfasser bringt einen neuen Fall zu seinen beiden schon früher mitgeteilten. Es handelt sich auf Grund der mikroskopischen Diagnose um eine zentrale hämorrhagische Läppchennekrose der Leber. Die gleiche Veränderung war auch in den ersten beiden Fällen anzutreffen und wurde als Ausdruck einer frischen Degenerationsattacke aufgefaßt — neben den älteren, die damals das Bild beherrschten. Diese Annahme wird nun durch diese neue Beobachtung bestätigt, bei der die Dauer der Giftwirkung (Zeit von der Salvarsaninjektion bis zum Exitus letalis) zehn Tage betrug. Georg Heymann-Elbing.

Zur Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von E. Saalfeld-Berlin. (M. m. W., 1913, Nr. 42.) Seit etwa $1^1/_2$ Jahren hat Verfasser allmählich das Quantum des zur Salvarsaninjektion verwendeten Wassers reduziert; bei mehr als 250 Fällen hat er nur 40 ccm Kochsalzlösung für je 0,3 Salvarsan genommen, ohne irgend welche ernstere Störungen dabei zu erleben. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Prof. August von Wassermann, Direktor des Kaiser-Wilhelm-Institutes für experimentelle Therapie, erhielt das Offizierskreuz der französischen Ehrenlegion.

Dr. Rudolf Hahn in Hamburg wurde die Stelle des leitenden Arztes der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Barmbek-Hamburg übertragen.

Prof. Tommaso Secchi in Cagliari ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

1. August 1914 | Nr. 31 | Band 59

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten an dem israelitischen (sog. Poznanskischen) Krankenhaus zu Lodz.

Immunotherapeutische Versuche bei Syphilis[1]).

Von

Dr. A. Grosglik, ordin. Arzt des Ambulatoriums.

I.

Die vor mehr als zwei Dezennien, wohl unter dem Einfluß der neuentstandenen Antitoxinlehre inaugurierten immunotherapeutischen Versuche bei Syphilis scheiterten bekanntlich gänzlich. Und zwar sowohl die Versuche, die mit dem menschlischen — syphilitischen und normalen — Serum, wie auch diejenigen, die mit dem Serum syphilisierter oder merkurialisierter Tiere angestellt wurden. Wohl fehlte es an günstigen Mitteilungen nicht. Vielmehr wurde von verschiedenen Seiten über gute, mitunter sogar über eklatante Erfolge berichtet. Allein die Erfahrungen, die einige hervorragende Kliniker, und in erster Linie Tarnowsky[2]) und Neisser[3]), mit der Serotherapie gemacht hatten, fielen durchweg so ungünstig aus, daß es vermutlich die scharfe Kritik dieser Kliniker war, die das neue Verfahren in Mißkredit brachte und zur vollständigen Aufgabe weiterer Versuche auf diesem Gebiete Veranlassung gab. Und in der Tat erschienen seit dieser Zeit — abgesehen von vereinzelten Berichten ohne weitere Bedeutung und abgesehen von den sehr interessanten Versuchen von Kraus und Spitzer — keine Veröffentlichungen mehr, nicht nur über Serotherapie, sondern über jegliche Immunotherapie bei Lues. Daß die exquisit chemotherapeutischen Tendenzen der letzten Jahre in nicht unerheblichem Maße zu diesem Stillstande beigetragen haben, dürfte wohl nicht in Abrede gestellt werden. Es mangelte sogar während längerer Zeit an jeglicher Anregung von gewichtiger und maßgebender Seite, die immunotherapeutischen Bestrebungen bei Syphilis wieder aufzunehmen. Und dieser Umstand wirkte seinerseits zweifellos

[1]) Nach einer vorläufigen Mitteilung in der Medizin. Gesellschaft zu Lodz, am 17. Dezember 1913. — [2]) Tarnowsky, Serotherapie als Heilmittel d. Syphilis. Arch. f. Derm. 1896, Bd. 36, S. 63. Tarnowsky u. Jakowlew, Die Behandlung d. Syphilis mit Serum merkurialisierter Tiere. Ibid., 1897, Bd. 41, S. 225. — [3]) Neisser, Was wissen wir von einer Serumtherapie bei Syphilis usw. Ibid., 1898, Bd. 44, S. 431.

Digitized by Google

hemmend auf die immunotherapeutischen Bestrebungen bei Syphilis ein. Erst im Jahre 1906 begegnen wir einer gewichtigen Äußerung zugunsten der Möglichkeit einer Immunotherapie der Syphilis. METSCHNIKOFF und ROUX[1]) beobachteten nämlich bei ihren Versuchen eine Abschwächung des menschlichen Syphilisvirus durch Passage durch mehrere Affengenerationen, und glauben nun auf Grund dieser Beobachtung, ihrer Überzeugung Ausdruck geben zu müssen, es sei auf diesem Wege eine wirksame Vakzine gegen Lues zu suchen. Zwar gelangten BERTARELLI[2]) und TOMASCZEWSKI[3]) bei ihren Impfungen mit Reihenvirus am Kaninchen zu dem gerade entgegengesetzten Resultat, indem sie Verstärkung der Virulenz und Abnahme der Inkubationszeit feststellen konnten. Bedenkt man aber, daß PASTEUR seiner Zeit den analogen Gegensatz auch im Verhalten des Lyssavirus und geradezu beim Affen und Kaninchen festgestellt hatte, und daß diese Beobachtung zum Ausgangspunkte seiner Therapie der Lyssa geworden war, so wird man zugeben müssen, daß die Behauptung ROUXS und METSCHNIKOFFS durch die interessanten Befunde von BERTARELLI und TOMASCZEWSKI nicht im geringsten berührt wird, sondern daß dieselbe im Gegenteil eher dadurch an Bedeutung zu gewinnen scheint.

Angeregt von obiger Behauptung ROUXS und METSCHNIKOFFS, versuchte ich an der Hand einer Reihe klinischer Beobachtungen zu erforschen, ob denn überhaupt die Syphilis immunotherapeutisch beeinflußbar sei, und zwar in der Weise, daß ich Syphilitikern in verschiedenen Stadien der Krankheit eine Substanz syphilitischen Ursprungs subkutan verabreichte und deren Einwirkung auf den Verlauf der Syphilis verfolgte. Ich benutzte dazu den bekannten fötalen Luesleberextrakt (alkoholisch) — ein bis jetzt diesbezüglich nicht geprüftes Präparat — und selbstverständlich nicht etwa seiner vermeintlichen Spezifität wegen für die WASSERMANNsche Reaktion — was bekanntermeise heutzutage nicht mehr zutrifft —, sondern lediglich von der Voraussetzung ausgehend, daß eine Substanz, welche aus einem notorisch syphilitischen Organ bereitet wird, in dem überdies sich die Spirochaeta pallida in Unmenge befindet, aller Wahrscheinlichkeit nach auch das Syphilisvirus (sei es in veränderter Form) oder dessen Derivate, oder endlich dessen Antikörper in größerer oder geringerer Menge enthalten dürfte.

Lange Zeit hindurch zögerte ich mit den Versuchen, mit Rücksicht auf die etwaigen nicht vorauszusehenden Schäden, die die Einverleibung der außerhalb der WASSERMANN-Reaktion sonst unbekannten Substanz den

[1]) XV. intern. med. Kongreß Lissabon (Arch. f. Derm., 1906, Bd. 81, S. 400). — [2]) Zitiert nach MARGOLIS, Untersuchungen über die Empfänglichkeit der Meerschweinchen für Syphilis. I.-D., Berlin, 1911. S. 10. — [3]) TOMASCZEWSKI, Übertragung d. experim. Augensyphilis des Kaninchens von Tier zu Tier. M. m. W., 1907, S. 1023.

Digitized by Google

Kranken anrichten könnte. Eine zufällige Beobachtung bewog mich nunmehr mit den Versuchen zu beginnen. Im Herbst 1911 stellte ich in meinem Ambulatorium eine Versuchsreihe mit der Kutireaktion bei Syphilis an, wobei der oben erwähnte Extrakt angewendet wurde. Nach einiger Zeit fiel es mir nun auf, daß manche meiner Patienten eine unverkennbare Besserung ihres Zustandes sowohl nach subjektiver wie auch nach objektiver Seite zeigten. Worauf diese unerwartete Beobachtung zu beziehen ist, ob darauf, daß mitunter der Pirquetsche Bohrer tiefer als sonst in die Haut eindrang und leichte Blutung erzeugte, wodurch der Extrakt in den Kreislauf gelangen konnte, oder aber auf irgend welche andere Umstände, die ich seiner Zeit nicht genug beachtet hatte, mag dahingestellt bleiben. Der besseren Einsicht wegen möchte ich drei Beobachtungen näher präzisieren: 1. T., 2. IX. 1911: Urethrit. gonorrh. acuta. 23. IX.: Ulc. ind. orif. ext. ureth. Spirochäten +; 12. X.: Geschwür größer, keine Inguinaldrüsen. — 21. X.: trotz Vioform und Kalomel örtlich, Geschwür immer größer, Phagedaena; Skleradenitis inguin. dex.; schwere Prodroma: Kopfschmerzen, Schüttelfröste, Fieber, Schweißausbrüche, allgemeine Schwäche. — 28. X.: Scleraden. biinguin., das Geschwür zeigt keine Heilungstendenz. W = +++. Kein Ausschlag. Inj. Hg sozojod. 0,08. — 4. XI.: Gingivitis, Hg abgestellt; Exanthem nicht vorhanden. Allgemeinzustand schlecht. Ulcus st. q. — 7., 9., 13., 16. XI.: Kutireaktion. Von diesem Moment ab — die Lokalbehandlung wurde fortgesetzt — tritt eine auffallende Besserung des Allgemeinzustandes und des Primäraffektes auf. 20. XI.: Allgemeinzustand ausgezeichnet, Geschwür vernarbt rasch, Inguinaldrüsen kleiner. 25. XI. Geschwür vollständig verheilt. Ausschlag nicht aufgetreten. — 2. J., Sclerosis lam. int., sclerad. biing.; Papulae arcuum anter.; Papulae ani; bisher angeblich nicht behandelt. 7., 10., 13., 16., XI. 1911: Kutireaktion. — 30. XI.: Sklerose bedeutend kleiner; Papulae arcuum verschwunden; Papulae ani kleiner; Allgemeinzustand gut. — 3. E., seit einem Monat Ulcus gummos. serpig. pharyngis, bedeutende Schmerzen beim Schlucken; stand in meiner Behandlung von Beginn der Infektion; seit mehreren Monaten nicht behandelt. 9.—16. XI.: dreimal Kutireaktion. Seitdem nahmen die Schmerzen ab und verschwanden nach einer Woche vollständig; Geschwür viel kleiner. Gewiß ließe sich gegen diese Beobachtungen manches einwenden. So wurde beispielsweise im Falle I eine Hg-Injektion verabreicht; sodann konnten die Kranken zu gleicher Zeit anderswo behandelt werden; schließlich konnte die Besserung auch unabhängig von den Kutireaktionen spontan eintreten. Es muß deshalb hervorgehoben werden, daß ich die Kranken tagtäglich beobachtet habe, indem ich die Kutireaktion kontrollierte; dabei wurde stets sorgfältig nach Spuren einer anderweitigen Behandlung gesucht (an den Ellenbogen — nach

Digitized by Google

Salvarsan, an den Nates — nach Injektionen, am Zahnfleisch usw.) und trotzdem nie etwas gefunden. Der erste Kranke bekam zwar eine Quecksilbereinspritzung, aber die Dosis war selbstverständlich nicht ausreichend genug, hatte auch innerhalb 11 Tagen keine Wirkung; endlich ist das Einsetzen der Besserung seit der Ausführung der Kutireaktionen zu auffallend. Wie dem auch sei, schwerlich wird man diesen Beobachtungen eine gewisse Suggestionsfähigkeit absprechen können. Auf mich wirkten sie wenigstens in dieser Weise, und veranlaßten mich, zu meinen Versuchen überzugehen.

Die von mir verwendeten Extrakte stammten aus verschiedenen Quellen her, und zwar: aus der Tauenzien-Apotheke in Charlottenburg, aus dem Sächsischen Serumwerk und Institut für Bakteriotherapie, aus dem Laboratorium von Dr. Serkowski in Warschau. Die von mir beobachtete Unbeständigkeit der Resultate, welche mit dem Wechseln der Präparate auftrat, legt den Gedanken nahe, daß die Extrakte sich in bezug auf ihre Zusammensetzung verschieden verhalten dürften; nicht nur dann, wenn sie aus verschiedenen Quellen herstammen, sondern auch dann, wenn sie aus derselben Quelle, aber zu verschiedenen Zeiten bezogen sind.

Die Einspritzungen wurden in der Regel subkutan unter die Rückenhaut gemacht und nur ausnahmsweise lokal, z. B. in unmittelbarer Umgebung von Initialsklerosen, von hartnäckigen Gummata oder hartnäckigen aggregierten Papeln. In allererster Zeit wurden kleine Mengen per se gegeben, bald aber ging ich zu Verdünnungen mit physiologischer Kochsalzlösung über, im Verhältnis von 1 : 4, 1 : 3, 1 : 2, sogar 1 : 1. Begonnen wurde mit geringen Dosen (0,05), allmählich steigend bis 0,1, 0,15, 0,2, 0,25, 0,3, jeden zweiten oder dritten Tag, je nach der injizierten Menge, je nach den Erscheinungen, oftmals auch je nach der Frequenz der Kranken. Nach einigen Wochen sah ich mich gezwungen, die Einzeldosis bedeutend herabzusetzen, und zwar durch folgenden Umstand. Als ich die Dosis bis 0,3 steigerte, stellten sich bei einer Patientin mit beiderseitiger Chorioretinitis plötzlich heftige Schmerzen in den Augen ein; bei einigen anderen Kranken, die mit bereits ulzerierten Gummata oder mit solchen, die zur Ulzeration neigten, behaftet waren, entstanden neue tertiäre Herde in der Nähe der alten. Es schien mir damals, als ob ich den Kranken anstatt Nutzen, Unheil angerichtet hätte, und ich war nahe daran, von den weiteren Versuchen Abstand zu nehmen. Nur versuchsweise beschloß ich die Experimente fortzusetzen, allerdings mit größter Vorsicht, indem ich die Einzeldosis bis auf 0,01 reduzierte und dann ganz allmählich steigerte. Die Erfahrung hat mich des Besseren belehrt. Denn in dem Maße, als mein Material an Anzahl immer zunahm,

Digitized by Google

gelangte ich zur Überzeugung, daß ich einerseits durch die geringe Zahl der Fälle, die mir in der ersten Zeit zur Verfügung stand, und den daraus herrührenden Mangel an gehöriger Kontrolle, andererseits aber nicht minder durch den schweren Krankheitszustand meiner Fälle, bei denen auch unter jeder anderen Behandlung vorübergehende Verschlimmerungen vorkommen könnten, irregeführt wurde. Und in der Tat gelangte ich in der Folge bis zu den Einzeldosen von 0,5—0,75—1,0, ohne daß irgend welche üblen Nachfolgen zur Erscheinung gekommen wären.

Neben den Injektionen wandte ich in einzelnen Fällen von besonders hartnäckigen Ulzerationen auch lokales Betupfen mit dem Extrakt per se resp. Aufträufelungen an. Der Erfolg war, ich muß es betonen, oft sehr günstig, mitunter direkt erstaunlich, wenn auch in der Regel von vorübergehendem Charakter. Namentlich waren es die Schmerzen an der Ulzerationsstelle, die sehr rasch verschwanden; ebenfalls reinigten sich Ulzera rasch. So beobachtete ich z. B. einen Kranken, der an tiefen und sehr schmerzhaften Geschwüren in der Pharynx litt, welche ihm das Schlucken, ja selbst den Schlaf innerhalb drei Wochen unmöglich machten. Dieser Kranke nun teilte mir am nächsten Tage nach der Pinselung hocherfreut mit, daß er tüchtig gegessen und ausgezeichnet geschlafen hat. Nicht selten machte ich kontrollweise Pinselungen mit reinem Alkohol, ohne jedoch irgend welche Besserung darnach gesehen zu haben. Natürlicherweise betrachtete ich die Pinselungen stets als Nebensache, da es sich bei meinen Versuchen lediglich um Erfolge auf dem Wege der Allgemeinbehandlung handelte.

Bei mehreren meiner Patienten pflegte sich im Anschluß an die Einspritzungen eine allgemeine Reaktion einzustellen, bestehend in Schüttelfrösten, Fieber, Schweißausbrüchen, allgemeiner Schwäche. Diese Reaktion setzte in der Regel am Abend des Injektionstages ein und hielt bis zum nächsten Morgen an. Manchmal aber kehrte sie auch am folgenden Abend wieder. Bemerkenswerterweise machten sich diese Erscheinungen vorwiegend in der ersten Versuchszeit geltend, also zu einem Zeitpunkte, wo geringe aber gehäufte Dosen verabreicht wurden. Nachdem ich aber zu größeren und seltener verabfolgten Mengen übergegangen war (0,5 bis 0,75—1,0 einmal bis zweimal in der Woche), hörte ich meine Kranken sehr selten über ihren Allgemeinzustand klagen. Zum Schluß sei bemerkt, daß die Einspritzungen nicht besonders schmerzhaft waren. Doch erlebte ich zwei Ohnmachtsanfälle, und zwar bei zwei Frauen im Moment der Injektion. Bei einer war die Ohnmacht vorübergehend, bei der anderen kam es zu schwerem Kollaps, der zu seiner Beseitigung Kampferinjektionen und subkutane Infusion von physiologischer Kochsalzlösung mit Adrenalin erheischte. Bald aber stellte es sich heraus, daß die letztere

Digitized by Google

Patientin sich im ersten Stadium des Abdominaltyphus befand, welcher Umstand möglicherweise den eingetretenen Kollaps mitbedingt hatte.

II.

Unser Beobachtungsmaterial umfaßt 66 Fälle, und zwar: 15 mit frischer, 32 mit sekundär-rezidivierender und 19 mit tertiärer Lues. Davon scheiden — wegen der zu kurzen Beobachtungsdauer — 3 Fälle mit frischer und 5 mit sekundär-rezidivierender Lues aus. Es verbleiben somit 12, 27 und 19, insgesamt 58 Fälle zur Beurteilung.

Wenden wir uns nun der Einwirkung des Extraktes auf die einzelnen Syphiliserscheinungen zu[1]), so gab es — von wenigen unten noch zu erörternden Ausnahmen abgesehen — fast kein Symptom, welches ohne Ansehen des Krankheitsstadiums durch den Extrakt sich in höherem oder geringerem Maße nicht hätte beeinflussen lassen. So vergingen beispielsweise der Kopfschmerz — gleichgültig ob sekundärer oder tertiärer — die Knochenschmerzen bisweilen sehr prompt, z. B. binnen 5 Tagen. Allerdings traten hierin hie und wieder Schwankungen auf, aber im allgemeinen wichen die genannten Schmerzen doch in relativ kurzer Zeit endgültig. Ebenso besserte sich das Allgemeinbefinden in sichtbarer Weise. Primäraffekte vernarbten binnen 3—24, durchschnittlich in 13 Tagen, ohne jegliche örtliche Behandlung. Unter 3 großen Sklerosen war eine schon nach 35 Tagen wenig anzufühlen; die zweite bildete sich nach 7 Tagen erheblich zurück und war nach 77 Tagen kaum fühlbar; die dritte war nach 30 Tagen zum größten Teil resorbiert. In einem Falle von monströs entwickelter Sklerose trat dieselbe in 59 Tagen mehr als um die Hälfte zurück. Die sekundären Erscheinungen betreffend, verschwand die Roseola in 14—59, durchschnittlich in 28 Tagen; das diskrete lentikuläre Syphilid in 28—48, durchschnittlich in 37 Tagen; ein universeller Lichen syph. in 66, ein universelles papulo-tuberkulöses Exanthem in 83 Tagen; 2 Fälle von Papulae palmares et plantares in 29 resp. 35 Tagen; aggregierte Papeln in 14—49, durchschnittlich in 28 Tagen; Papulae amygdalarum in 7—74, durchschnittlich in 26; Plaques der Zunge und der Mandeln in 4—31, durchschnittlich in 14 Tagen. Unter den tertiären Erscheinungen heilten Geschwüre der Haut in 7—90, durchschnittlich in 44 Tagen zu; Geschwüre der Schleimhäute in 17 bis 87, durchschnittlich ebenfalls in 44 Tagen; in einem Falle von beiderseitiger Sarkozele gelangte dieselbe nach 67 Tagen zum Schwund.

[1]) Daß alle meine Fälle sowohl während der Extraktbehandlung, wie auch einige Monate wenigstens zuvor, auf keine andere Weise behandelt wurden, braucht kaum erwähnt zu werden. Selbstverständlich aber wurden sie einer energischen spezifischen Kur unterzogen, sobald ich mich von der Erfolglosigkeit des Extraktes bei ihnen überzeugt hatte.

Digitized by Google

Ganz anders gestalten sich die Verhältnisse, sobald wir die Einzelsymptome verlassen, um den Einfluß des Extraktes auf das Gesamtbild der Krankheit zu betrachten. Diesbezüglich weichen unsere Fälle nicht unwesentlich voneinander ab, und lassen sich in 3 Gruppen einteilen, die wir kurzweg als günstige, relativ günstige und ungünstige bezeichnen möchten. In die erste Gruppe gehören diejenigen Fälle, bei denen sämtliche von uns beobachteten Syphiliserscheinungen, d. h. sowohl die bei der Aufnahme vorhanden gewesenen als auch die erst zur Zeit der Beobachtung erfolgten, zum völligen Verschwinden gebracht worden sind. Bei der zweiten Gruppe ist zweierlei zu unterscheiden: a) zum ersten, solche Fälle, bei welchen wohl die Aufnahmssymptome unter der Behandlung verschwunden sind, hingegen aber die erst während der Behandlung entstandenen sich nur teilweise oder gar nicht zurückgebildet haben; b) zum zweiten, solche Fälle, bei denen es zwar während der Behandlung zu keinen neuen Ausbrüchen gekommen ist, dafür aber die bei der Aufnahme vorhandenen Symptome nur teilweise verschwunden sind. Unter den ungünstigen Fällen verstehen wir solche mit geringer Besserung, d. h. wo sowohl die eine als auch die andere Symptomenart nur teilweise zurückgetreten ist.

Unter den 58 von uns behandelten Fällen waren: 24 = 41,3 % günstige; 22 = 38 % relativ günstige und 12 = 20,7 % ungünstige Fälle. Den Krankheitsstadien nach gerechnet, waren: von 12 Fällen frischer Lues: 3 günstige = 25 %, 7 relativ günstige = 58,33 % und 2 ungünstige = 16,67 %; von 27 Fällen sekundär-rezidivierender Lues: 14 günstige = 51,85 %, 8 relativ günstige = 29,62 % und 5 ungünstige = 18,53 %; von 19 Fällen tertiärer Lues: 7 günstige = 36,8 %, 7 relativ günstige = 36,8 % und 5 ungünstige = 26,4 % (Tabelle I). Die Behandlungsdauer der günstigen Fälle betrug: bei frischer Lues 37, 69, 70; bei sekundär-rezidivierender 16—84; bei tertiärer 30—90 Tage; durchschnittlich also: 58,6; 40; 59 Tage.

Tabelle I.

	Zahl der günstigen Fälle	Zahl der relativ günstigen Fälle	Zahl der ungünstigen Fälle
Frische Lues . . .	3—12 = 25 %	(a) 5—12 = 41,66 / (b) 2—12 = 16,66 } 58,33 %	2—12 = 16,67 %
Sekund.-rezidiv. Lues	14—27 = 51,85 %	(a) 5—27 = 18,51 / (b) 3—27 = 11,11 } 29,62 %	5—27 = 18,53 %
Tertiäre Lues . . .	7—19 = 36,8 %	(a) 3—19 = 15,79 / (b) 4—19 = 21,— } 36,8 %	5—19 = 26,4 %
	24—58 = 41,3 %	22—58 = 38 %	12—58 = 20,7 %

Digitized by Google

Diese Verschiedenheit der Resultate bei frischen und sekundärrezidivierenden Syphilitikern ist recht auffallend und läßt sich möglicherweise zurückführen einerseits darauf, daß die ersteren noch gar nicht spezifisch behandelt wurden, während die letzteren bereits früher, wegen der ersten Erscheinungen, Spezifika bekommen hatten; andererseits aber auf die ungleiche Multiplizität und räumliche Ausdehnung der Symptome, sowie auf die ungleiche Tendenz zu Rezidiven, die beiden Krankheitsstadien eigentümlich sind. Bekannterweise zeichnet sich die frische Lues durch die Reichlichkeit, Allgemeinheit und schnellere Aufeinanderfolge ihrer Erscheinungen aus, so daß kaum die einen verschwunden sind, als die anderen aufflackern. Im Gegensatz dazu sind die späteren Ausbrüche verhältnismäßig spärlich, wenig ausgedehnt, deren Neigung zu Rückfällen geringer. Dementsprechend gelingt es auch im letzteren Falle leichter, in einem beschränkten Zeitraum das Gesamtbild der Krankheit zu beherrschen, als im ersteren. Unsere Statistik scheint diese Ansicht gewissermaßen zu bestätigen. Denn es traten tatsächlich neue Erscheinungen zur Zeit der Behandlung viel häufiger bei rezenter, als bei sekundärrezidivierender Lues auf, nämlich in 11 Fällen von 12 gegenüber 15 von 27, d. h. in 91,66 % gegenüber 55,55 %. Nur die tertiären Fälle scheinen mit obiger Erklärungsweise in Widerspruch zu stehen. Denn trotz der häufig beschränkten Ausdehnung und Spärlichkeit tertiärer Erscheinungen, wie auch deren geringerer Tendenz zu Rezidiven — bei mir z. B. kamen Rezidive nur in 6 Fällen von 19, d. h. in 31,6 % vor — betrug hier nichtsdestoweniger die Zahl der günstigen Fälle nicht mehr als 36,8 %. Aber hier kommt außer den bereits erwähnten Faktoren noch der destruktive Charakter der tertiären Leiden in Betracht, welcher es bedingt, daß nicht selten sogar unter einer energischen spezifischen Kur die vollständige Beseitigung dieser Leiden eine längere Zeit in Anspruch nehmen kann. Und tatsächlich gehörten unsere Fälle vorwiegend zu den relativ schwereren, mitunter sogar zu den sehr schweren.

Hält man das Ziel unserer Versuche vor Augen und bedenkt man, daß es sich nicht sowohl um „Heilung", d. i. um Beseitigung sämtlicher Erscheinungen mittels des Extraktes, als vielmehr um den ganz allgemeinen Nachweis dessen aktiver Einwirkung auf syphilitische Prozesse handelte, so dürfte es kaum berechtigt erscheinen, lediglich die günstigen Fälle zu berücksichtigen, unter völliger Unterlassung der relativ günstigen. Verfolgt man nun den Verlauf der letzteren, so sieht man für gewöhnlich ungefähr folgendes. Der Kranke ist beispielsweise bereits alle oder beinahe alle Symptome losgeworden, als sich plötzlich neue Effloreszenzen oder Geschwüre hinzugesellen. Die Behandlung mit Extrakt bricht dann entweder ab oder sie wird fortgesetzt; die neuen Symptome bilden sich

Digitized by Google

aber nur teilweise zurück, teilweise bestehen sie in demselben Zustande fort; beidemal wird der Fall zu der relativ günstigen Gruppe eingereiht. Ein anderes Mal wieder trotzt irgend welches Aufnahmssymptom hartnäckigerweise der Behandlung, obwohl alle anderen schon längst zum Verschwinden gebracht worden sind. Oder es vernarbt ein gummöses Geschwür nur teilweise, oder es vernarbt zwar vollständig, es entstehen aber andere Geschwüre; oder endlich es weist irgend ein Knochenprozeß an einer Stelle keine Neigung zur Resorption auf, während er an anderer Stelle der Einwirkung des Extraktes erliegt. Sämtliche solche Fälle sind zu der Rubrik der relativ günstigen gerechnet worden. Es geht daraus hervor, daß, wenn auch keineswegs das ganze Krankheitsbild, immerhin es ein bedeutender Teil desselben wär, der sich hier zurückgebildet hatte, und folglich daß, ohne allerdings so auffallend wie in den günstigen Fällen gewesen zu sein, die Einwirkung des Extraktes auch hier in unverkennbarer Weise zutage trat.

Betrachtet man nun von diesem Standpunkte aus unser Krankenmaterial, faßt man, anstatt dasselbe in günstige und relativ günstige Fälle einzuteilen, beide Gruppen in eine zusammen, indem man lediglich von Fällen spricht, wo die Wirksamkeit des Extraktes überhaupt zum Ausdruck kam, so würde dieselbe anzunehmen sein: in 10 Fällen von 12 mit frischer Lues = 83,3 %, in 22 Fällen von 27 mit sekundär-rezidivierender = 81,4 % und in 14 Fällen von 19 mit tertiärer Lues = 73,6 %; insgesamt in 46 Fällen von 58 = 79,3 %.

Es soll aber nicht die Tatsache unerwähnt bleiben, daß sogar in den ungünstigsten Fällen der Extrakt in mehr als einer Hinsicht Gutes geleistet hat. Fast immer wichen die Kopfschmerzen, die Knochenschmerzen; auch das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends. Manchmal bildete sich eine Roseola bedeutend zurück; nässende und exulzerierte Papeln vernarbten nicht selten. Selbst Geschwüre — tertiäre und sekundäre — wurden mitunter wenigstens zur Reinigung oder sogar teilweise zur Vernarbung gebracht.

Unter den sekundären Symptomen widerstanden merkwürdigerweise die Papulae ani am hartnäckigsten der Einwirkung des Extraktes, obwohl auch die Vulvapapeln nicht zu den sehr nachgiebigen gehörten. So traten unter 12 Fällen die Papulae ani nur in 3 vollständig zurück, und zwar nach 16, 29 und 52, durchschnittlich nach 32 Tagen. In 3 Fällen nahmen sie in verschiedenem Maße ab, nach 35, 120, 150, d. h. durchschnittlich nach 101 Tagen. In 6 Fällen bestand der Status quo nach 8, 15, 35, 49, 105, 127 Behandlungs- resp. Beobachtungstagen, also durchschnittlich 56,5 Tage fort. Ich kann aber nicht umhin, auf die von mir gemachte Erfahrung hinzuweisen, daß, wenn die in Rede stehenden

Digitized by Google

Papeln dem Extrakt trotzten, sie auch der nachträglich eingeleiteten Quecksilberbehandlung gegenüber eine ungewöhnliche Renitenz aufwiesen. So gingen in einem Falle die hypertrophierten Papeln (und meine Fälle waren vorwiegend mit solchen behaftet) anfänglich unter dem Quecksilber zurück, nach einiger Zeit begannen sie aber plötzlich zu wuchern, wurden schmerzhaft, obwohl die übrigen Symptome bereits spurlos verschwunden waren (43 Tage). In einem anderen Fall nahmen die Papeln auch zuerst anscheinend ab, um aber nach 14 Tagen wieder zu wuchern und zu ulzerieren. Dieser Status bestand noch weiter 42 Tage fort, die Besserung ging nur langsam vonstatten, noch nach 77 Tagen waren Spuren vorhanden, die erst nach 92 Tagen energischer allgemeiner wie örtlicher Behandlung restlos verschwanden.

(Schluß folgt.)

Aus der Infektionsabteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck (Direktor: Prof. Dr. Th. Rumpel).

Überempfindlichkeit gegen Kautschukheftpflaster.

Von

A. V. Knack.

In einer Zeit, in der die von verschiedenen Fabriken in ausgezeichneter Form auf den Markt gebrachten Kautschukheftpflaster: Leukoplast, Helfoplast, Vulnoplast u. a. m. täglich in großen Mengen verbraucht werden, dürfte die Veröffentlichung folgenden Falles von Interesse sein.

H. B., Postassistent, 26 Jahre alt, wird am 13. IV. 1914 wegen Scharlach auf der Abteilung aufgenommen. Anamnestisch gibt Patient an, daß er als Kind Masern überstand, dann gesund war bis zum 17. Jahre. Damals hatte er eine Eiterung am Nacken, die vom Arzte aufgeschnitten und zuerst trocken verbunden wurde. Am übernächsten Tage wurde der Gazeverband durch einen Heftpflasterverband (nach Beschreibung des Patienten Leukoplast) ersetzt. Aber bereits nach einigen Stunden trat an den Stellen, an denen das Heftpflaster die Haut berührte, so heftiges Brennen und Jucken auf, daß Patient am andern Tage den Arzt bat, den Verband zu entfernen und wieder einen Gazeverband anzulegen. Die Haut zeigte an den Berührungsstellen mit dem Heftpflaster starke Schwellung und Rötung, und während die Eiterung in den nächsten Tagen abheilte, bestand noch eine an Nacken und Schulter langsam weiterkriechende nässende Flechte etwa 14 Tage lang. Der gleiche Prozeß entwickelte sich, als im folgenden Jahre eine an der gegenüberliegenden Nackenseite bestehende Eiterung aufgeschnitten und mit Heftpflaster verbunden wurde. Auch diesmal starkes Jucken und Brennen an den vom Pflaster berührten Hautstellen und anschließend eine längere Zeit bestehende nässende Hautentzündung. Beide Male glaubte Patient jedoch, daß die Hauterkrankung wohl in der Hauptsache durch die gleichzeitig bestehende Eiterung hervorgerufen worden sei. Mit 21 Jahren brachte sich Patient beim Abschneiden der Telegrammstreifen eine kleine ganz oberflächliche Schnittwunde am linken Ringfinger bei, die er in Ermangelung

Digitized by Google

etwas anderen mit einem sauberen Leukoplaststreifen umwickelte. Aber schon nach einer Stunde spürte er heftige Schmerzen, die Haut des Fingers schwoll stark an, er mußte den Verband noch am gleichen Abend abnehmen und sah, wie unter dem Pflaster die Haut ringförmig vorgetrieben, feuerrot und heiß war. Diese Entzündung bestand fort, und der am andern Morgen befragte Arzt meinte, es handle sich vielleicht um ein giftiges Pflaster. Die Entzündung schritt dann am ganzen Finger weiter, es entstanden kleine Bläschen, die zu einer großen mit weißem Inhalt gefüllten Blase zusammenflossen. Diese wurde vom Arzte aufgeschnitten. Trotzdem ging die Entzündung nacheinander auf den Mittelfinger und den kleinen Finger derselben Hand über. Auch hier entstanden große Blasen, die aufgeschnitten werden mußten. In ca. 14 Tagen trat Heilung ein. Da an den Fingern, abgesehen von der Stelle der ursprünglichen Schnittverletzung, jetzt keine Narben mehr zu erkennen sind, muß es sich damals wohl um ganz oberflächlich gelegene subepidermoidale Prozesse gehandelt haben.

Mit 22 Jahren kam Patient wegen leichten Lungenkatarrhs in eine Heilstätte. In den letzten Jahren machte er wiederholt Halsentzündungen durch.

Bei der Aufnahme bot er das Bild der akuten Scharlachinfektion.

Gelegentlich einer Blutentnahme aus der Kubitalvene wurde auf die Einstichstelle ein steriler Tupfer mit überdeckendem Leukoplaststreifen (BEIERSDORF-Hamburg) gelegt. Schon nach zwei Stunden klagte Patient über Brennen und Jucken an den vom Pflaster direkt berührten Hautstellen. Da wir aus den noch unten zu beschreibenden Symptomen den Beschwerden nicht allzu große Bedeutung beimaßen, blieb das Pflaster über Nacht liegen. Patient konnte die Nacht vor Brennen und Jucken nicht schlafen. Am anderen Morgen waren die unter dem Leukoplast gelegenen Hautabschnitte quaddelartig geschwollen, grellrot, heiß. An vereinzelten Stellen sah man in den Quaddeln kleine spritzerartige Blutungen. Trotz feuchter Verbände bestand die Affektion unverändert fort, und die Schwellung und Rötung breitete sich langsam gegen Ober- und Vorderarm zu aus. Am Morgen des nächsten Tages war die Haut etwa handbreit ober- und unterhalb der Kubitalbeuge gerötet und leicht infiltriert, die ursprüngliche Lage der Pflasterstreifen hob sich in den geröteten Partien durch ein noch intensiveres Rot und quaddelartige Schwellung ab. Jetzt bemerkte man auch kleinste, stecknadelkopfgroße, durchscheinende Bläschen in diesen Abschnitten. Im Laufe dieses und des nächstfolgenden Tages nahmen die Bläschen an Zahl zu, flossen zum Teil zu größeren Blasen zusammen, die dann aufbrachen, serösen Inhalt entleerten, an ihrer Stelle entstanden kleine Krusten, und im weiteren Verlauf hatte man das Bild des nässenden Ekzems vor sich. In etwa 14 Tagen gelang es unter Pulververbänden die Heilung herbeizuführen. Daß nicht etwa das Scharlachexanthem diese Überempfindlichkeit der Haut (wie auch sonst nie bei Scharlachexanthemen zu beobachten!) bedingte, zeigte eine am anderen Arm vollzogene Blutentnahme im späteren Stadium, wieder wurde absichtlich mit Leukoplast verbunden, und es trat genau der gleiche Hautprozeß auf wie vorher, obgleich diesmal das Pflaster sofort nach den eine Stunde später sich zeigenden Beschwerden des Patienten entfernt wurde.

Das Allgemeinbefinden wurde durch die Hauterkrankung nicht beeinflußt. Das Blutbild zeigte eine geringe Zunahme der Eosinophilen, die aber wegen des gleichzeitig bestehenden Scharlachs nicht in Beziehung zur Hauterkrankung gesetzt werden durfte. Blutdruck und Urin zeigten keine Veränderung im pathologischen Sinne.

Was die Gesamtkonstitution dieses Patienten betraf, so handelte es sich um einen mageren, blassen Menschen mit ausgesprochenem Status nervosus: Angstgefühle leichterer Art, Aggravation kleiner Beschwerden, Asthenopie, Reflexsteigerung, Hyperplasie der Tonsillen und Zungenbalgdrüsen, relative Lymphozytose (40 % nach Ablauf des Schar-

Digitized by Google

lachs), Funktionsstörung der Nieren im Sinne einer Hyperhydrie und Konzentrationsschwäche bei sonst intaktem Organ, wie sie gerade bei Neuropathen oft zu beobachten ist. PIRQUET + (nicht etwa starke Quaddeln!), WASSERMANN —.

Um der Frage der bei diesem Patienten vorliegenden Überempfindlichkeit näher zu treten, wurden ihm zunächst die verschiedensten gebräuchlichen Kautschukheftpflaster: Vulnoplast, Bonnaplast (Vulnoplastgesellschaft Bonn), Helfoplast weiß und gelb ohne Medikamentenzusatz (Helfenberg) und noch der Zinkoxyd enthaltende Guttaperchapflastermull Guttaplast (Beiersdorf) in kleinen Stückchen aufgelegt. Nur bei letzterem blieb die Haut reizlos, bei den übrigen bildete sich die gleiche später nässende Quaddel wie beim Leukoplast. Die Epikrise der Applikation dieser verschiedenen Pflaster ergab, daß die wenn auch unwahrscheinliche Vermutung, es könne sich um eine Reizung der Haut durch Luftabschluß handeln, abzulehnen war, weil der auch luftdicht abschließende Guttaplast keine Reizung erzeugte; die Möglichkeit der eventuellen Überempfindlichkeit gegen das vielen dieser Pflaster zugesetzte Zinkoxyd war auszuschließen, weil der zinkoxydhaltige Guttaplast keine, der zusatzfreie Helfoplast gelb dagegen die gleiche starke Hautreizung hervorrief. Es blieben somit nur noch die Pflastergrundlagen: Kautschuk und Harze. Da die Wirkung des ersteren unwahrscheinlich war, weil er auch in dem reizlosen Guttaplast enthalten ist, kam man per exclusionem auf die Harze bzw. Harzsäuren.

Nun werden zu all diesen Kautschukheftpflastern meist Kolophonium und Dammarharz (aus der Dammara alba Südindiens) in verschiedenen Mischungsverhältnissen verwendet, da diese beiden Harze erfahrungsgemäß keine Hautreize setzen (TAPPEINER). Von diesen Harzen wurde eine 20%ige ätheralkoholische Lösung hergestellt und dem Patienten je ein Tropfen dieser Lösung auf einen Vorderarm aufgetragen, angetrocknet und mit aseptischem Verband bedeckt. Schon nach $^1/_4$ Stunde begann sich an der Stelle des Dammarharzes eine Rötung mit nachfolgender dicker Quaddel zu bilden. Die Dammarharzlösung wurde sofort mit Ätheralkohol sorgfältig entfernt. Trotzdem nahm die Quaddel an Größe zu, und es entstand noch am gleichen Tage eine heftige Hautentzündung in Ausdehnung des ganzen Vorderarms, die bald zur Bläscheneruption führte, an die sich ein noch 16 Tage lang fortdauerndes, nässend krustöses Ekzem anschloß. Diesmal mußten wegen des unerträglichen Juckens und Brennens feuchte Verbände angewendet werden. Der Urin blieb auch diesmal frei von pathologischen Produkten. Harzsäuren konnten ebenso wie früher darin nicht nachgewiesen werden.

Die Stelle, an der das Kolophonium aufgetragen wurde, zeigte keinerlei Reaktion, obwohl es über 24 Stunden einwirken konnte.

Digitized by Google

Ebenso verhielt sich Patient gegen einige andere applizierte Harzlösungen reaktionslos.

Die Firma Beiersdorf hatte die Liebenswürdigkeit, uns zu bestätigen, daß zur Herstellung der Leukoplaste Kolophonium und Dammarharz verwendet würden.

Es handelt sich also hier um einen Fall von Überempfindlichkeit gegen Dammarharz bei einem Neuropathen, die jeweils zu einer ausgesprochenen Toxikodermie (JADASSOHN) führte. Der wirksame Bestandteil des Dammarharzes ist in unserem Falle die leicht ätheralkohollösliche Dammarolsäure. Das nach GLIMMANNS Untersuchungen indifferente α-Dammarasen und das nur chloroformlösliche β-Dammarasen scheiden aus.

Bei Frau und beiden Kindern fand sich nach unserer Feststellung ebenso wie in der Aszendenz (hier allerdings nur nach den Angaben des Patienten) eine gleichsinnige Überempfindlichkeit nicht.

Die Veröffentlichung dieses Falles erschien angezeigt wegen der außerordentlichen Seltenheit einer so hochgradigen Überempfindlichkeit gegen Kautschukheftpflaster. Denn wenn auch im pharmakologischen Sinne sämtliche Harze mehr oder minder Hautreizmittel sind, so sieht man doch bei der massenhaften Verwendung dieser Pflaster nur hin und wieder und bei längerer Applikation nicht nennenswerte Hautschädigungen auftreten. BARDENHEUER und GRÄSSNER, die gewiß ein riesenhaftes Material verarbeitet haben, betonen sogar in ihrem Buche über die Extensionsverbände, daß sie beim Beiersdorf- und Helfenbergschen Pflaster selbst im heißen Sommer keine Ekzeme auftreten sahen. Sodann erschien die Feststellung einer isolierten Überempfindlichkeit gegen Dammarolsäure interessant genug, in die Literatur eingereiht zu werden.

Literatur.

GLIMMANN, Chem. Zentralbl., 1897. Bd. 1, Nr. 166. — JADASSOHN, Die deutsche Klinik, 1902. — TAPPEINER, Arzneimittellehre, neue Auflage.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Herstellung der Lösungen von Salvarsan und Neosalvarsan, von F. SCHOOFS. (J. de Bruxelles, 1913, Nr. 33.) Verfasser hat Versuche über den Einfluß der Wärme, des Lichtes, der Luft, gewisser Salze und Wässer auf die Farbe und Klarheit der Salvarsan- und Neosalvarsanlösungen unternommen. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Salvarsantherapie in der Chirurgie, von G. IWASCHENZOFF und W. LANGE-Petersburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 89, Heft 2 u. 3.) Das Salvarsan verdient die größte Beachtung von seiten der Chirurgen und sollte in weitestem Maße bei chirurgischer Lues angewandt werden. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Kurze Bemerkungen über Salvarsan- bzw. Neosalvarsaninjektionen, von E. Schreiber-Magdeburg. (M. m. W., 1913, Nr. 36.) Die Einverleibung von Salvarsan wird, wie Verfasser darlegt, immer nur in sehr verdünnten Lösungen vorzunehmen sein; das Neosalvarsan dagegen appliziert auch er seit einigen Monaten in Dosen bis zu 0,75 in nur 10 ccm einer physiologischen Kochsalzlösung aufgelöst mit achttägigen Intervallen. Er verwendet eine gewöhnliche Spritze von der nötigen Größe, sticht zunächst die Nadel in die Vene ein und setzt die Spritze, sobald Blut austritt, auf und injiziert. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Injektion konzentrierter Altsalvarsanlösungen mit der Spritze, von G. L. Dreyfus-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1913, Nr. 42.) Seit einiger Zeit hat Dreyfus Altsalvarsan in relativ konzentrierter Lösung verabreicht und ist mit dieser Methode durchaus zufrieden. Bei einem Material von 320 Fällen (264 Männern und 56 Frauen) erlebte er nur 14mal allgemeine Störungen und nur dreimal eine Temperatur über 38°. Die eingehend beschriebene Technik ist der Hauptsache nach folgende: Mit einem bis auf die Platin-Iridiumkanüle ganz aus Jenaer Hartglas bestehenden Instrumentarium wird Altsalvarsen in Dosen von 0,1—0,5 in ca. 35 ccm doppeltdestilliertem Wasser gelöst und alsbald nach der Lösung mit einigen Tropfen (0,12—0,65 ccm) einer 15%igen Natronlauge alkalisiert. Das erforderliche Instrumentarium, kompendiös in einer Nickelbüchse zusammengestellt, ist bei Lautenschläger in Frankfurt a. M., Kaiserstraße, zu beziehen. Die Mischung wird in die gestaute Vene in der üblichen Weise langsam injiziert. Zu einer gründlichen Kur gehören 12—15 Injektionen im Laufe von mehreren Wochen verabreicht. Zur weiteren Unterstützung gibt Verfasser mit Vorliebe Kalomel (40%ig) bzw. Oleum cinereum (im ganzen 0,3—0,6 g). Neben der besseren Verträglichkeit der konzentrierten Injektionen sind als weitere Vorzüge die leichtere Ausführbarkeit der Sterilisation des Apparates hervorzuheben, indem ein 20 Minuten langes Austrocknen an Stelle der Sterilisierung im Trockenschrank tritt, und die Entbehrlichkeit der Kochsalzlösung. Daß die Injektion in der konzentrierten Form die Nieren schädige, hat sich bei Dreyfus' speziell hierauf gerichteten Beobachtungen nicht ergeben. Wo aber manifeste Nephritis vorliegt, soll man Salvarsan, wenn überhaupt, so doch nur in der nicht konzentrierten Form darreichen. Philippi-Salzschlirf.

Zur Kenntnis der durch intramuskuläre Salvarsaninjektionen hervorgerufenen lokalen anatomischen Veränderungen, von Dalla Favera. (Riforma med., 1913, Nr. 20.) Die Haupteigentümlichkeiten des hier mitgeteilten Falles bestehen: 1. in einer vollständigen therapeutischen Unwirksamkeit der Salvarsaninjektion in öligem Vehikel, 2. das Vorhandensein eines ausgedehnten, eingekapselten Nekroseherdes an der Stelle der Injektion 186 Tage später. Der Herd war zum Teil verkalkt und enthielt noch einen großen Teil der injizierten Substanz. A. Gunsett-Straßburg.

Eine Warnung vor mit Öl zubereiteten Salvarsaninjektionen, von H. H. Hazen-Washington, D. C. (Journ. amer. med. assoc., 24. Mai 1913.) Immer noch werden von Drogenfirmen Zubereitungen von Salvarsan mit öligen Vehikeln empfohlen. Verfasser veröffentlicht daher zur Warnung seine Erfahrungen hiermit: er hat 58 solcher Injektionen an 44 Patienten verabreicht; 52 mit Salvarsan und 6 mit Neosalvarsan. Die Wirkungen auf die vorhandenen Krankheitserscheinungen und auf die Wassermannreaktion waren vorzüglich. 20 Injektionen verliefen schmerzlos; nur 12 verursachten Schmerzen und in 3 Fällen hiervon war die Anwendung von Morphium nötig. Nur 3 Patienten waren eine Zeitlang arbeitsunfähig. Bei 2 Patienten entwickelten sich leichte Abszesse, bei einem anderen nach Verlauf von 2 Monaten eine periphere Phlebitis; die ernsteste Folge war eine Lungenembolie, die in ungefähr 2 Wochen geheilt war. In 6 Fällen trat ein Abszeß 3—24 Monate nach der Behandlung auf. Ein anderer Patient

Digitized by Google

hat unveränderliche Infiltrate in den Nates und beklagt sich bisher über ausstrahlende Schmerzen im Bereich der Ischiadici. Nach einer intramuskulären Injektion von in Wasser gelöstem Neosalvarsan, wie sie in der der Ampulle beiliegenden Gebrauchsanweisung empfohlen wird, sah Verfasser einen Patienten vor Schmerzen für 3 Wochen völlig hilflos. Auch die Anwendung von Neosalvarsan in Glyzerin ist zu verwerfen. Die öligen Zubereitungen von Neosalvarsan sind schmerzhafter als die mit Salvarsan. Nach diesen Erfahrungen sollte allein die intravenöse Injektion angewandt werden.

Fendt-Wiesbaden.

Eine Verteidigung der Injektionen von Salvarsanölsuspensionen, von HERMANN G. KLOTZ-New York. (New York m. J., 1. Nov. 1913.) KLOTZ tritt auf Grund seiner Erfahrungen an Krankenhausmaterial und in der Privatpraxis wiederum warm für die intramuskulären Salvarsaninjektionen ein, die keine schlimmeren subjektiven und objektiven Erscheinungen hervorriefen als die Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate (Salizylate und Kalomel). Von der intravenösen Methode hätten sie noch den Vorteil, daß Patient nach der Injektion nicht längere Zeit ruhen soll, also Zeit spart und die Einverleibung eine bequemere ist. Nachdem sie vielleicht noch wirksamer ist wie die intravenöse, so liegt jedenfalls kein Grund vor, sie ganz zu verwerfen und dürfte es von Vorteil sein, für ein so wichtiges Mittel, wie das Salvarsan, mehrere Methoden zur Hand zu haben.

Stern-München.

Infusion oder Injektion des Salvarsans, von F. ZIMMERN-Wilhelmshaven. (M. m. W., 1913, Nr. 20.) Verfasser hat im Verein mit ALTMANN an der HERXHEIMERschen Klinik in Frankfurt Versuche mit der Verabreichung von Salvarsan in konzentrierter Dosis bei 78 Kranken (mit 147 Einzelinjektionen) im Laufe von 2 Monaten ausgeführt. Die Technik war die von STERN resp. FEHDE schon geübte. In einem graduierten Zylinder wird eine 5%ige alkalisierte Lösung des Salvarsans hergestellt und mit einer 10 ccm haltenden Rekordspritze 0,4—0,5 Salvarsan in die Kubitalvene langsam, unter Verwendung von mindestens 2—3 Minuten, eingespritzt. Trotz sorgsamster Beachtung aller technischen Einzelheiten erlebte Verfasser häufiger unerwünschte Zwischenfälle, Fieber, Erbrechen, Darmstörungen, als bei der Infusionsmethode. Andererseits ergaben einige Bestimmungen des im Urin nach der Infusion resp. nach der Injektion auftretenden Arsens, daß die Ausscheidung des Salvarsans aus dem Körper bei letzterer langsamer sich vollzieht als bei jener und dementsprechend wohl eine kräftigere therapeutische Wirkung dabei zu erwarten sein mag.

Philippi-Salzschlirf.

Äthylhydrokuprein und Salizylsäure als Adjuvantien des Salvarsans, von J. MORGENROTH und J. TUGENDREICH. (B. kl. W., 1913, Nr. 26.) Verfasser haben zur Unterstützung der Salvarsanwirkung bei Trypanosomeninfektion nach geeigneten Verbindungen geforscht, um die Wirkung des Salvarsans mit diesen zu kombinieren. Sie bringen in ausführlicher Darstellung die Versuche an Mäusen, aus welchen die Kombinationswirkung der verschiedenen in Frage kommenden Präparate hervorgeht. Diese Versuche erzielten durch die Kombination von Salvarsan, Äthylhydrokuprein und Natrium salicylicum bei sämtlichen Versuchstieren Dauerheilung bei weit fortgeschrittener Infektion. Weiter ergab sich die Überlegenheit des Äthylhydrokuprein gegenüber dem Chinin und auch dem Hydrochinin. Es dürfte erlaubt und geboten sein, die Kombination von Salvarsan, Äthylhydrokuprein und Natrium salicylicum in dem Indikationsgebiet des Salvarsans — Rekurrens, Frambösie, Syphilis, Trypanosomiasis — anzuwenden. Die eklatant zutage getretene Überlegenheit des Äthylhydrokuprein dürfte Veranlassung geben, dasselbe in größerem Umfange bei Malaria zu versuchen und zwar in Kombination mit großen Dosen Natrium salicylicum.

Georg Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Behandlungsversuche mit Salvarsankupfer (Frambösie, Malaria, Amöbendysenterie, Lepra), von G. Baermann-Petoemboekan, Sumatra. (M. m. W., 1914, Nr. 1.) Das Salvarsankupfer hat B. von Exz. Ehrlich zu Versuchszwecken zugestellt bekommen, zunächst um eine Amöbendysenterie zu behandeln. Hierbei wurde allerdings kein Erfolg erzielt; dagegen hat B. bei einem Fall von Knotenlepra eine ganz ausgesprochene Besserung beobachtet und bei 22 Frambösiekranken in kurzer Zeit völlige Heilung eintreten sehen. Dabei wurde fast immer nur eine einzige Injektion des Mittels gegeben. Das Salvarsankupfer (K_s) ist ein feinkörniges, gelbrotes Pulver, das mit Doppelnormalnatronlauge (0,6 ccm) aufgelöst in Dosen von 0,1—0,15 oder 0,2 intravenös verabreicht wird. Verfasser hat, um eine sonst leicht eintretende Ausflockung zu vermeiden, es vorgezogen 0,65 Natronlauge zu verwenden. Man füllt mit physiologischer Kochsalzlösung auf 50 ccm auf und setzt zweckmäßig noch 1 % Rohrzucker hinzu. Die Ausflockung hat aber nach B.s Erfahrungen keinen schädlichen Einfluß auf den Organismus. Die Farbe der zur Injektion fertigen Lösung muß dunkelolivgrünbraun sein, in dünnen Schichten klar und durchsichtig; sie hält sich aber nur sehr kurze Zeit in dieser Verfassung. Nachteilige Wirkungen der Injektionen wurden kaum beobachtet, außer wenn etwas von der Lösung versehentlich ins Unterhautzellgewebe gelangte. Unter den Frambösiekranken wurden 13 auf das Verhalten der Wassermannreaktion geprüft; 9 davon zeigten nach kurzer Zeit ein Negativwerden der vorher deutlich positiven Reaktion; indessen wurde bei 3 derselben die Reaktion nach kurzer Zeit wieder schwach positiv. Bei Malaria wurden auch zweifellos gute Wirkungen erzielt.

Philippi-Salzschlirf.

Neosalvarsan vom französischen Standpunkt, von B. Barker Beeson-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 14. Februar 1914.) Nach der Meinung des Verfassers sind wir den französischen Klinikern für eine Reihe von schätzenswerten Beobachtungen über das Neosalvarsan verpflichtet. Die Ausführungen decken sich mit den auch in Deutschland gemachten Erfahrungen.

Fendt-Wiesbaden.

Die Verhütung des Wasserfehlers durch den Gebrauch konzentrierter Neosalvarsanlösungen, von Paul Ravant. (Presse méd., 1913, Nr. 87.) Ravant löst jede Salvarsanmenge, die er injizieren will, in 5—8 ccm Wasser auf. Die Lösung geschieht am besten in einem speziellen Flakon von genügender Größe, welches von vornherein das Neosalvarsan enthält und mit Stickstoff gefüllt ist. Gießt man das Wasser langsam zu, so entweicht das Gas allmählich und die Lösung geschieht ohne Luftzutritt. Zum Aufsaugen in die Spritze benutzt er eine Kanüle, welche zu gleicher Zeit eine Filtrierung der Lösung erlaubt. Die Injektion geschieht mit einer gewöhnlichen 10 ccm-Spritze.

Um sich davon zu überzeugen, ob mit dieser Technik der Wasserfehler vermieden wird, machte der Verfasser folgenden Versuch: Im Februar 1913 ließ er mehrere Ampullen von 8 ccm Inhalt mit Wasser, das in gewöhnlichen Destillierapparaten destilliert war, herrichten. Vom 1. März 1913 ab wurden diese Ampullen 4 Monate lang im Dunkeln aufbewahrt und dann noch 2 Monate lang in den Brutschrank bei 37° gestellt. Vom 1. September 1913 ab wurden diese Ampullen zur Herstellung der Neosalvarsanlösungen benutzt und niemals ein Unterschied in der Reaktion mit Lösungen, die mit tadellosem Wasser hergestellt waren, gefunden. Der Verfasser schließt daraus, daß der Wasserfehler ausgeschaltet ist und daß man ruhig Wasser verwenden kann, das schon mehrere Monate vorher hergestellt war und in gewöhnlichem Glase aufbewahrt wurde.

A. Gunsett-Straßburg.

Eine neue Spritze zur Injektion von konzentrierter, unter Luftabschluß hergestellter Neosalvarsanlösung, von R. Duhot-Brüssel. (M. m. W., 1913, Nr. 20.)

Digitized by Google

Um die Gefahr der Einführung von Glassplittern in die Vene zu eliminieren, ist der Ansatzteil dieser Spritze nicht in gerader Linie, sondern bajonettförmig durchbohrt. Wenn die Spritze in horizontaler Lage ist, steht die innere Einmündungsstelle des Austrittskanals an höchster Stelle, so daß etwaige schwerere Partikelchen in der Mischung zu Boden sinken müssen und nicht in die Mündung gelangen können. Ferner ist der Kolben mit einer kleinen Klappe versehen, damit Luft aus der Spritze ausgetrieben werden kann, was bei der sonst gut zu verwendenden Rekordspritze nicht möglich ist. Mit dieser neuen Spritze, die 10 ccm faßt, kann man bis zu 0,75 Neosalvarsan bequem in 5 Minuten unter Luftabschluß auflösen. Verfasser beschreibt noch die genauere Technik der Injektion und nimmt für sich die Priorität dieser Methode der Salvarsanbehandlung in Anspruch. Philippi-Salzschlirf.

Darf das Neosalvarsan ambulant angewendet werden? von A. Wolff und P. Mulzer. (B. kl. W., 1913, Nr. 19.) Es handelt sich um eine Entgegnung auf die Abhandlung von Fouton. Die beiden Verfasser bringen zwei neue Fälle, bei denen kurze Zeit nach einer aus therapeutischen Gründen vorgenommenen Neosalvarsaninjektion die Patienten so schwere Intoxikationserscheinungen — der eine wurde bewußtlos und schwer röchelnd 24 Stunden hinterher im Abort aufgefunden — zeigten, daß es zum Exitus letalis kam. Das Neosalvarsan wirkt selbst in kleineren Dosen viel toxischer als das Altsalvarsan. Aus diesen Erwägungen wiederholen beide ihre Warnung vor der ambulanten Verwendung des Neosalvarsans. Georg Heymann-Elbing.

Reflexionen über Neosalvarsan, von Julius Grünberg. (Petersb. m. Zschr., 1913, Nr. 15.) Verfasser kann in der Einführung des Neosalvarsans keinen Fortschritt für die Salvarsantherapie erblicken; die leichte Löslichkeit wird durch andere Schwierigkeiten der Technik (Verbot des Schüttelns usw.) aufgewogen. Dazu kommt die leichte Zersetzlichkeit und Oxydierbarkeit, durch die eher schwere Nebenwirkungen hervorgerufen werden als durch Altsalvarsan. Wegen der giftigen Wirkungen sind auch die früher vorgeschriebenen Dosen reduziert worden und deshalb ist auch die Wirkung auf die syphilitischen Erscheinungen geringer. Verfasser bevorzugt daher immer noch Altsalvarsan. Richard Frühwald-Leipzig.

Einiges über Neosalvarsan bei verschiedenen tropischen Hautkrankheiten, von H. E. Kersten-Friedrich-Wilhelmshafen (Deutsch-Neuguinea). (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1913, Bd. 17, Heft 18.) Verfasser empfiehlt das Neosalvarsan — wegen der dem Salvarsan zum mindesten gleichen Wirksamkeit und leichteren (intraglutäalen) Applikation — zur Frambösiebehandlung, wo er mit dem Präparat ganz ausgezeichnete Erfolge in allen Fällen erzielte. Dagegen versagte das Neosalvarsan in zwei Fällen von Granuloma venerum und bei Kaskas der Südsee vollkommen.

Oskar Gans-Hamburg.

Bericht über eine einfache und schnelle Methode der Verabreichung von Neosalvarsan, von D. J. Guthrie-Edinburgh. (Lancet, 24. Jan. 1914.) Folgende Technik hat G. im Hôpital St. Louis in Paris kennen gelernt und als sehr empfehlenswert erprobt: Nachdem der Arm des Patienten in der üblichen Weise vorbereitet worden ist, gibt man 10 ccm frisch destilliertes, abgekochtes und abgekühltes Wasser in ein steriles Becherglas und fügt das zu injizierende Quantum Neosalvarsan hinzu. Nach erfolgter Lösung armiert man die 10 ccm fassende Rekordspritze statt mit der Nadel mit einem gut passenden Stück Glasrohr, in dessen Lumen ein steriler Pfropf von Gaze als Filter eingeführt worden ist. Nach Füllung der Spritze wird die Nadel aufgesetzt, worauf man *lege artis* injiziert. Philippi-Salzschlirf.

Technik und Erfolge der intravenösen Neosalvarsaninjektion, von J. Katzenstein-München. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Verf. betont an der Hand von einigen sehr

Digitized by Google

prägnanten Krankengeschichten die große Wichtigkeit der richtigen Diagnose der allerdings oft schwer zu erkennenden Spätformen der Lues, wie sie namentlich dem Hausarzt oft entgegentreten. So schildert er Fälle, die als Neurasthenie, Hemiplegie, Psychose imponierten und in Wirklichkeit auf syphilitischer Basis beruhten. Besonders zeigt er, daß man sich auf den negativen Ausfall der WR nicht zu sehr verlassen darf. Zur Erleichterung der Technik der Injektionen hat er eine besondere, leicht zu handhabende Stauungsbinde noch konstruiert. Vor der Injektion wird der Arm mit Spiritus gereinigt. Der Rand der Ampulle wird mit der Feile angeritzt, worauf man die Stelle in der Spiritusflamme gut warm bis heiß macht. Alsdann kann man mit einem in Alkohol getränkten Wattebausch den Kopf der Ampulle direkt abheben. Das Einstechen in die Vene wird durch die Bajonettform der Kanüle, welche K. zunächst ohne die Spritze einführt, sehr erleichtert. Erst wenn Abtröpfeln von Blut die richtige Lagerung anzeigt, wird Hohlnadel mit Spritze verbunden. Zum Lösen des Neosalvarsans verwendet K. Leitungswasser, das er 10—15 Minuten im Erlenmeyerschen Kolben kocht. Auch die Spritze nebst Zubehör und das zum Lösen des Medikamentes zu verwendende graduierte Porzellanschälchen werden nur in Leitungswasser ohne Zusatz abgekocht.

Philippi-Salzschlirf.

Zur Technik und Wirkung subkutaner Neosalvarsaninjektionen, von Wechselmann und Eicke-Berlin. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Die von W. in die Praxis eingeführte Methode der subkutanen Neosalvarsaninektion mit Verwendung konzentrierter Lösungen und Deponierung des Medikamentes genau auf der Faszie ist von ihm und seinen Schülern etwa 7000 mal schon ausgeführt und hat bei genauer Befolgung der Vorschiften nur ganz ausnahmsweise unerwünschte Nebenwirkungen hervorgerufen, auf der anderen Seite aber sich als durchaus wirkungsvoll in der Bekämpfung der syphilitischen Infektion erwiesen. Intramuskuläre Injektionen sind zwar verwendbar, doch erreichen sie weder an Reizlosigkeit noch an therapeutischem Erfolge die epifasziale Methode. Die zu verwendende Dosis beträgt 0,3—0,45 Neosalvarsan gelöst in 0,5 ccm einer 0,7%igen Kochsalzlösung. Daß die eingestochene Kanüle an richtiger Stelle sich befindet, erkennt man an mehreren Merkmalen: rauhes Gefühl der Faszie, freiere Beweglichkeit der Nadelspitze, sehr leichte Entleerbarkeit der Spritze und Regurgitieren der probatorisch injizierten Kochsalzlösung aus der dicken Kanüle und ferner; wenn man die Nadel um ihre Längsachse mehrfach dreht, so wickelt man bei festhaftenden Bindegewebsbälkchen das Bindegewebe um die Nadel auf und erhält so einen sehr starken Widerstand durch die Torsion, die oft durch die Haut hindurch zu erkennen ist. Durch Lösung der Torsion und Vorschieben erreicht man den richtigen Sitz der Nadel. Seit den letzten Jahren hat W. Quecksilber zur Behandlung der Syphilis nicht mehr verwendet. Als Proben der Wirksamkeit seiner Methode schildert er den Verlauf des Negativwerdens der Seroreaktion und das Vergehen der klinischen Erscheinungen bei einer Reihe von Fällen unter Darlegung der befolgten sehr subtilen Technik der WR. Unter 100 Fällen einer Krankenserie war auf diese Weise bei 42 eine völlige Heilung nachzuweisen, während die übrigen Patienten, subjektiv geheilt, sich der weiteren Beobachtung entzogen. Philippi-Salzschlirf.

Zur Technik der konzentrierten Neosalvarsaninjektion, von R. Seyffarth-Hamburg. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Seit Oktober 1913 hat Verf. in der Philippschen Klinik bei ca. 200 Fällen die intravenösen Injektionen von Neosalvarsan bis zu 0,9 des Mittels in der Sprechstunde mit der nur 2 ccm fassenden Luerschen Spritze verabreicht und dabei keinerlei Schädigungen erlebt. Es wird frisch abgekochtes destilliertes Wasser verwendet, das direkt in die Ampulle zum Neosalvarsan hinzugefügt wird, worauf durch Umrühren mit dem abgeglühten Glasstäbchen die Auflösung beschleunigt wird.

Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Konzentrierte Neosalvarsaninjektion, von Wilh. Holland. (Norsk Magazin f. Logenidenskaben, 1914, Nr. 2.) Verfasser bespricht das Thema und hebt die Vorteile der Methode hervor. Er wendet nur Aq. destill. an, 5—10 ccm, und hat keine Nachteile oder Komplikationen gesehen, trotzdem er die Injektionen bei verschiedenen Stadien, auch bei postsyphilitischen Krankheiten, und in verschiedenem Alter der Patienten (auch über 60 Jahre) gemacht hat. Wilh. Holland.

Indikationen und Kontraindikationen der subkutanen Neosalvarsaninjektionen, von Joh. Fabry-Dortmund. (M. Kl., 1913, Nr. 33.) Trotzdem Fabry der Ansicht ist, daß lege artis ausgeführte subkutane Neosalvarsaninjektionen sehr wirksam sind, und im Gegensatze zu den intravenösen eine länger anhaltende — weil Depot — Wirkung haben, glaubt er nicht, daß dieselben die intravenösen verdrängen werden. Fabry macht die Injektionen dem auf dem Bauche liegenden Patienten in der Roser-Nelatonschen Linie, soweit ab als möglich von der Verbindungslinie der Spina anter. super. mit dem Tuber ischii, um dem Ischiadikusbezirk fernzubleiben. Er sticht die 3 cm lange Kanüle in eine dicke Hautfalte mit der Richtung nach außen ein, nachdem er sich überzeugt hat, daß die Nadelspitze nicht in der Faszie oder vom Muskel festgehalten wird, sondern tief in den Bindegewebsmaschen sitzt; die Injektionsmenge beträgt 3—4 ccm; die Neosalvarsandosis 0,45—0,6 (höchstens) bei Männern; 0,3—0,45 bei Frauen; zwischen der ersten und zweiten acht Tage, zwischen den späteren längere Intervalle. Der Verfasser glaubt, daß für die sekundäre Syphilis mit den Haut- und Schleimhautmanifestationen und ebenso zur Kupierung der initialen Lues zunächst 2—3 intravenöse und dann noch 1—2 subkutane Injektionen gemacht werden sollten, während bei tertiärer Syphilis die Depotbehandlung durch subkutane genügt, denen aber auch wohl am besten eine intravenöse vorangeht. Strenge Asepsis ist ebenfalls notwendig. Die Angaben über die Schmerzhaftigkeit sind schwankend. Fabry kombiniert jede Salvarsanbehandlung mit Hg. Seine Erfolge, über welche er an dieser Stelle nur vorübergehend sich äußert, sind sehr gute; er berichtet über einen Fall von Idiosynkrasie, die sich in einem, während der Injektion auftretenden, anfangs bedrohlich aussehenden, allgemeinen urtikariellen Exanthem zeigte, daher rät er trotz der chemischen Ungefährlichkeit des Salvarsans, in der Dosierung vorsichtig zu bleiben. Infiltrate sah Fabry bei den subkutanen Injektionen meist nur unbedeutend; eventuelle Schmerzhaftigkeit wurde durch Aspirin, Bäder, feuchte, warme Umschläge gemildert. Nekrosen wurden nie beobachtet. Lasch-Breslau.

Über intravenöse Injektion von konzentriertem Neosalvarsan, von T. Katz-Nürnberg. (M. m. W., 1913, Nr. 42.) Verfasser empfiehlt die Verwendung von 0,3—0.6 Neosalvarsan in 10 ccm Aq. destill. im Verein mit Injektionen von Hg. salicylic. in Dosen von 0,5—1,0. Wurden letztere als Vorbereitungskur gegeben, so wurden die Neosalvarsaninfusionen entschieden besser vertragen, während diese, ohne Vorbereitungskur verabreicht, stets Fieber und subjektive Störungen auslösten. Bisher hat Verfasser 63 Patienten in dieser Weise behandelt; bei zehn derselben, welche mit Primäraffekten zur Aufnahme gekommen waren, beobachtete er auch genau den Einfluß der Injektionen auf die Spirochäten. Diese waren vor der Einleitung der Behandlung in allen Fällen in nachweisbarer Menge im Dunkelfeld vorhanden. Binnen 24 Stunden nach Verabreichung der Neosalvarsaninjektion lieferte die Untersuchung in allen Fällen ein negatives Resultat. Philippi-Salzschlirf.

Patientenserum als Neosalvarsanvehikel, von E. v. Schubert-Altona. (M. m. W., 1913, Nr. 52.) Als ein vorzügliches Lösungsmittel für Neosalvarsan empfiehlt Verfasser nach seinen Erfahrungen bei der intravenösen sowohl, als auch bei der intramuskulären Einverleibung das dem Patienten selbst entnommene Blutserum. Man füllt ein

Digitized by Google

steriles, völlig trockenes Erbachrohr oder dgl. (25—30 ccm) unmittelbar aus der Punktionsnadel mit Blut. Nach zwei Stunden wird mit einem in der Flamme sterilisierten Glasstab der Blutkuchen von den Wänden gelöst. Am nächsten Tage wird das abgesetzte Serum mit einer sterilen Rekordspritze abgehoben und auf das in ein steriles Arzneigläschen geschüttete Neosalvarsan gespritzt. Man rührt mit sterilem Glasstab um bis zur völligen Lösung und injiziert alsbald mit der Rekordspritze. In 10 ccm Serum lösen sich bequem 1,5 Neosalvarsan oder mehr. Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Polyneuritis mit Korsakowscher Psychose nach Neosalvarsan mit letalem Ausgang, von R. Pürckhauer und Th. Mauss-Dresden. (M. m. W., 1914, Nr. 8.) Eine 57jährige Dame erhielt wegen unzweifelhafter Symptome von beginnender Tabes bei positiver Wassermannscher Reaktion zwei intravenöse Injektionen von Neosalvarsan zu je 0,45 binnen acht Tagen verabreicht. Unmittelbar nach der zweiten Injektion trat eine auffallende Müdigkeit bei der Kranken hervor und bald nachher auch Gedächtnisschwäche. Im weiteren Verlauf entwickelte sich das charakteristische Bild der Korsakowschen Psychose, und die Kranke ging etwa drei Wochen später zugrunde. Verfasser erklären das beklagenswerte Resultat als eine Arsenintoxikation.

Philippi-Salzschlirf.

Über eine nach Neosalvarsaninjektionen aufgetretene „Myelitis", von H. Chiari-Straßburg i. E. (Vh. d. D. pathol. Ges., 1913, XVI. Tagung.) Es handelt sich um die Sektion einer 27jährigen Frau mit der klinischen Diagnose einer durch Neosalvarsan bedingten Myelitis, die folgendes mikroskopisches Resultat ergab: Im Bereiche des 7.—9. Brustsegments war eine schwere Erkrankung zustande gekommen, an die sich sowohl aszendierend als deszendierend sekundäre Degeneration angeschlossen hatte. Diese Erkrankung war durchaus keine eigentliche Myelitis in dem Sinne eines primär exsudativen Prozesses gewesen, sie imponierte vielmehr als eine regressive Veränderung mit dem Charakter einer Nekrose, die sowohl und namentlich die graue Substanz, aber auch die weiße Substanz betroffen hatte. Von einer Entstehung der Rückenmarksdegeneration aus Embolie und Thrombose konnte bei der ganz normalen Beschaffenheit aller größeren Gefäße des Rückenmarkes nicht die Rede sein, kadaveröse Veränderungen waren weiter anszuschließen, so daß in kausaler Hinsicht die Degeneration des Rückenmarkes nur der Effekt einer Intoxikation gewesen sein konnte, und zwar mußte das Neosalvarsan diese Degeneration hervorgerufen haben, da die Erkrankungssymptome des Rückenmarkes 6 Tage nach der letzten Injektion eingesetzt hatten. Der Parallelismus zwischen Fällen reiner Arsenvergiftung und dem mitgeteilten Fall von Neosalvarsanschädigung des Rückenmarkes ist ein sehr augenfälliger und Verfasser meint danach, daß in der Tat in dem mitgeteilten Falle die Neosalvarsaninjektion durch ihre Arsenkomponente die zum Tode führende „Myelitis" erzeugt hat.

Georg Heymann-Elbing.

Über einen Todesfall durch Neosalvarsan, von Léon Bernard. (Bull. méd., 1914, Nr. 10.) Bezugnehmend auf den von Joltrain (Bull. méd., 1914, Nr. 8) publizierten Todesfall nach Neosalvarsan spricht Verfasser die Vermutung aus, daß die Nebennieren bei ihm eine Rolle gespielt hätten. Die Ähnlichkeit des Symptomenkomplexes mit dem der Nebenniereninsuffizienz, die Affinität der Arsenpräparate für die Nebennieren und die kurativen Eigenschaften des Adrenalins legen diese Annahme nahe. Die Salvarsanvergiftung würde nach dieser Ansicht eine latente Nebenniereninsuffizienz manifest machen. Es wäre dann wichtig, vor der Behandlung nach deren Symptomen zu forschen. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Todesfall nach Neosalvarsan, von M. E. Hagerthy-St. Louis. (Journ. amer. med. assoc., 4. Oktober 1913.) In der Praxis des Verfassers handelt es sich bei dem

Digitized by Google

vorliegenden Bericht um den ersten Todesfall nach Salvarsan bzw. Neosalvarsan bei mehr als 600 Injektionen, aber es ist der siebente, der ihm für die Stadt St. Louis seit der Anwendung dieses Arzneimittels bekannt geworden ist. Patient war ein in bezug auf seine inneren Organe völlig gesunder 29jähriger Mann, der sich vier Jahre vorher mit Syphilis infiziert hatte und zwei Jahre lang mit Qnecksilber und Jodkali behandelt worden war. Gewisse Veränderungen des Augenhintergrundes machten eine erneute Behandlung wünschenswert: er erhielt intravenös 0,6 g Neosalvarsan, die gut vertragen wurden und auch einen guten therapeutischen Erfolg hatten. Etwa sechs Wochen später erhielt er zum zweiten Male 0,6 g Neosalvarsan intravenös; etwa eine halbe Stunde danach fiel er bewußtlos hin; Konvulsionen traten auf, nach Rückkehr des Bewußtseins fühlte Patient sich sehr schwach und starb ohne prämonitorische Symptome unter Stillstand der Atmung und des Herzens einige Stunden später. Die anatomische Diagnose lautete: Ödem und Kongestion der Lungen; kleiner Infarkt im rechten unteren Lungenlappen; akute Gastritis; Ödem und Kongestion des Gehirns; Ödem und Kongestion aller parenchymatösen Organe. Todesursache: Akute Arsenvergiftung. Fendt-Wiesbaden.

Todesfall nach Neosalvarsan, von E. Joltrain. (Bull. méd., 1914, Nr. 8 und Soc. méd. d. hôp., 16. u. 23. Jan. 1914.) Ein 20jähriger Mann mit syphilitischem Primäraffekt erhielt drei intravenöse Zyanquecksilberinjektionen und dann 0,3 Neosalvarsan. Obwohl diese Injektion gut vertragen wurde, erhielt er nach acht Tagen nur 0,2 intravenös. Am nächsten Tage Kopfschmerzen und Asthenie, doch konnte Patient noch seiner Beschäftigung nachgehen. Nach drei Tagen wurde er plötzlich von Schwindel, Durchfällen. Erbrechen befallen und verfiel in Koma mit epileptiformen Krämpfen. Der Liquor stand unter hohem Druck und wahr sehr eiweiß- und lymphozytenreich. Der Kranke starb nach wenigen Stunden.

In der Diskussion weist Milian darauf hin, daß die schweren Erscheinungen nur durch eine Intoleranz des Individuums erklärt werden könnten. Die Intoleranz ist durch eine vasomotorische Labilität bedingt und kann wirksam durch eine vorhergehende Adrenalininjektion bekämpft werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Tod eines Paralytikers nach Neosalvarsan, von de Massary und Chatelin. (Bull. méd., 1914, Nr. 14.) Ein Paralytiker mit floriden Symptomen erhielt 0,3 Neosalvarsan, die er gut vertrug. In der folgenden Nacht begann er zu stöhnen, machte einige konvulsivische Zuckungen und starb. Die Autopsie ergab keinen Anhaltspunkt für den Tod; die Nebennieren waren intakt. Richard Frühwald-Leipzig.

Theorie und Praxis der Vakzinationsbehandlung, von Detre-Budapest. (Beitr. z. Klin. d. Infekt.-Krkh., 1914, Bd. 2, Heft 2.) Bei den chronischen Infektionen leben Organismus und Bakterien in einem labilen Gleichgewicht, sie leben nebeneinander sozusagen in Symbiose. Es muß eine histogene Gewebsimmunität sein, durch welche die Vernichtung resp. der Angriff gegen die Bakterien verhindert wird. Bei der Vakzinationstherapie wird dieses Gleichgewicht gestört, es tritt eine Vermehrung der Immunstoffe der Körpersäfte und eine Reaktion an den Krankheitsherden auf. Die Heilung wird weniger durch die in den Körpersäften frisch gebildeten Immunstoffe, als durch die Reaktion der kranken Gewebe bewirkt, die selbst Immunkörper sezernieren, welche als adäquate assimilierende Fermente die Bakterien angreifen und vernichten. Für die Vakzination sind die Staphylokokkeninfektionen am geeignetsten, ob die Staphylokokken die alleinigen Krankheitserreger darstellen, oder mit anderen Keimen vergesellschaftet sich finden, ist ziemlich irrelevant. Heilung fast 100 %. Andere Infektionen geben eine viel geringere Heilungsziffer. Aber auch Gonokokken und Diplostreptokokkeninfektionen sind der Vakzinationstherapie zugänglich. Die Vakzine wird möglichst von den eignen Bakterien hergestellt. Junghanns-Dresden.

Digitized by Google

Unterschiede in der Ausscheidung und Ausnutzung des Jods, von Moos-Berlin-Schöneberg. (Allg. m. Zztg., 1913, Nr. 19.) Die immer mehr zunehmende Verwendung des Jods in unsrem Arzneischatze hat eine derartige Überschwemmung des Marktes mit Jodpräparaten zur Folge gehabt, daß man schwer in der Lage ist, den Wert der einzelnen Präparate zu bestimmen, wenn man von ihrer Bekömmlichkeit und Verdaulichkeit absehend, den therapeutischen Nutzeffekt für die Auswahl gelten lassen will. Moas hat nun versucht, vergleichende Untersuchungen über den Ausnutzungswert des Jodkali und des Jodtropons anzustellen und auf diese Weise die Art der Wirksamkeit des Jods zu ergründen. Bei diesen Versuchen hat er gefunden, daß nach dem Einnehmen von Jodtropon die im Urin gefundene Jodmenge (ca. 60—70 %) sich fast vollkommen in organischer Bindung befindet, und daß nur etwa $^1/_2$ % des eingenommenen Jods in anorganischer Form erscheint. Beinahe das Gegenteil ist, wie bekannt, bei dem Jodkali der Fall, bei dem sich im Harn nur gegen 10 % organisches und bis zu 70 % anorganisches Jod findet. Da sich nun der Verfasser den Anschauungen von Axel Reyn und Pfannenstiel anschließt, nach denen das Jod seine eklatante Heilwirkung nur in statu nascendi entfaltet, so folgt, daß von einem eingenommenen anorganischen Jod, von dem nur 10 % in organischer Form im Urin erscheinen, nur $^1/_8$ im Körper das Stadium nascendi durchgemacht hat, und daß etwa $^7/_8$ für die Ausübung einer Heilwirkung verloren gehen. Mit dieser theoretischen Deduktion stimmt in praxi die Beobachtung des Verfassers und anderer überein, daß ceteris paribus zur Erzielung gleicher Heilwirkung mehrmals größere Mengen anorganischen Jods (z. B. in Form von Jodkalium erforderlich waren als vom organischen Jod (z. B. in Form von Jodtropon).

Nimmt man ein organisches, fest an Eiweiß gebundenes Jod ein, so muß im Körperinnern alles gebundene Jod frei werden und an Körpereiweiß herantreten und in den Geweben in statu nascendi wirken, d. h. seine Heilkraft ausüben.

Der Prozentgehalt des Urins an organischem Jod ist ein Maßstab für die Wirksamkeit des Jodmedikamentes, und da der Organismus das Bestreben hat, die anorganischen Jodsalze, die im Blutkreislauf stets giftig wirken, in ungiftige organische Verbindungen überzuführen, und als solche auszuscheiden, so ist der Prozentgehalt des Urins an anorganischem Jod ein Maßstab für die Giftigkeit resp. Ungiftigkeit eines Jodpräparates. „Je weniger anorganisches Jod im Urin, desto weniger leicht Jodismus." Sind diese Hypothesen richtig, so ließe sich aus den Ausscheidungsverhältnissen eines Jodpräparates ein direkter Schluß auf seine Wirksamkeit als Heilmittel und auf seine Bekömmlichkeit ziehen. Lasch-Breslau.

Experimentelle und klinische Untersuchungen mit der Kromayer-Lampe in der Dermatologie, von J. Peyri-Barcelona. (Ann. d'Elektrobiol. et de Radiol., September 1911.) Die oberflächliche Wirkung der Quarzlampe sichert ihr eine innere größere Anwendung bei Affektionen der Hautoberfläche; spezifisch wirkt sie bei Seborrhoe, gute Resultate gibt sie auch bei Achromien. Doch hat die Lampe auch eine unleugbare Tiefenwirkung; das geht hervor: 1. aus den physiko-chemischen Versuchen verschiedener Verfasser, 2. aus dem Befunde einer Infiltration der tiefen Schichten bestrahlter Haut und 3. aus der Gleichheit der Wirkung auf normale wie lupöse Haut. Gegen andere Methoden hat die Quarzlampe den Vorzug, daß sie besser wirkt, weniger kostspielig ist, die Behandlungsdauer abkürzt und gute kosmetische Resultate gibt. Die Behandlung mit der Kromayer-Lampe allein genügt fast in allen Fällen; in Kombination mit anderen physikalischen Methoden kann sie die Behandluugszeit abkürzen. Richard Frühwald-Leipzig.

Eigenseruminjektionen bei gewissen hartnäckigen Dermatosen, von Wm. S. Gottheil und D. L. Satenstein-New York. (M. Record, 4. April 1914.) Angeregt

Digitized by Google

durch die Publikationen von Linser, Ullmann, Heuck und Spiethoff haben die Verfasser einer größeren Anzahl Hautkranken Blut entnommen und ohne Inaktivierung des Serums 2—3 Stunden nach der Entnahme 20—30 ccm intravenös injiziert und diese Injektionen in wöchentlichen Abständen 3—4mal wiederholt. Sie berichten über 12 der behandelten Fälle; besonders ins Auge fallend war eine Einwirkung in 6 Psoriasisfällen, in denen die Haut nach den Injektionen viel besser auf lokale Behandlung reagierte als vorher. Weniger sichtbar war die Einwirkung in einigen sehr hartnäckigen Ekzemfällen und praktisch gleich Null in 2 Fällen von Pemphigus. Ausgesprochene, wenn auch vorübergehende Besserung wurde in einem Falle von Lepra konstatiert, der nicht mit dem eigenen Serum, sondern mit dem von Blutsverwandten behandelt worden war.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Serumbehandlung der Schwangerschaftsdermatosen, von Fritz Heimann. (Ther. d. Gegenw., April 1914.) H. hat in einem Falle von Graviditätsdermatose (3. bis 4. Gravid.-Monat) in einem Intervall von 5 Tagen 2 Blutseruminjektionen von 12 bzw. 16 ccm gemacht und vollkommene Rückbildung der Dermatose erzielt. Das Serum stammte von einer gesunden (WR negativ) „Hausschwangeren". Die Injektionen wurden intramuskulär gemacht. H. weist auch auf die ausführliche Arbeit von Richard Freund in der Zschr. f. G., Bd. 74, H. 1 hin, in der Freund empfiehlt, zunächst subkutane Injektionen in die Gefäßmuskulatur bzw. in den Oberschenkel von 200 ccm folgender Lösung 2—3mal zu machen: Na. chlorat. 7,5 + Kal. chlorat. 0,1 + Calc. chlorat. 0,2 + Aq. dest. ad 1000,0. Erst wenn diese Therapie versagt, soll das Serum angewendet werden. Der große Vorteil bei dieser von Freund empfohlenen „Lockeschen Lösung" bestände in ihrer völligen Ungefährlichkeit und der sehr leichten Beschaffung.

Eugen Brinitzer-Altona.

Balneotherapie und Hautkrankheiten, von G. Riehl-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 14.) Wenn auch die zahlreichen Untersuchungen, die über die Resorptionsfähigkeit der Haut angestellt worden sind, bis heute keine einheitlichen Resultate ergeben haben, so läßt sich doch als feststehend annehmen, daß durch die unverletzte Haut unter gewöhnlichen Verhältnissen aus dem Badewasser fast nichts zur Resorption gelangt. Darum kommt es bei der Anwendung von Badekuren in der Regel auf die chemische Zusammensetzung der verwendeten Heilquelle weniger an. Wichtig sind die durch die Bäder bewirkte Mazeration der Haut und die physikalischen Wirkungen des Bades.

W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung granulierender Wundflächen mit getrockneter Luft (Sikkorapparat von R. Kutner), von Heinrich Poth-Berlin. (D. Zschr. f. Chir., 1914, Bd. 127, Heft 1 u. 2.) Das Verfahren, granulierende Wunden mittels trockener, gereinigter und temperierter Luft zu heilen, zeitigt glänzende Erfolge. Es entspricht am meisten unsern Anschauungen von aseptischer Behandlung. Nach Einleitung des Verfahrens tritt eine Abnahme der Sekretion ein, die schlaffen Granulationen bekommen ein frischeres Aussehen; der geschwollene Epithelrand wird fester, legt sich der granulierenden Fläche an und von ihm aus überzieht sich die Wunde allmählich mit Epithel. Nachteilig ist die zeitraubende Behandlung mit einem noch sehr teuren Apparat. Der Verfasser bringt viele kurze Krankengeschichten verschiedener Leiden zur Illustration.

Chrzelitzer-Posen.

Über den derzeitigen Stand der Strahlentherapie, von Walter Altschul. (Prag. m. Wschr., 1914, Nr. 9.) Die Oberflächentherapie wird fast von allen Röntgenologen in der gleichen Weise mit mittelweichen oder weichen Röhren ohne Filter vorgenommen, während bei der Tiefentherapie fast jeder Röntgentherapeut seine eigene Methode hat, von denen Verfasser nur die wichtigsten erwähnt. Als empfehlenswerteste

Digitized by Google

schildert er die Methode von Kienböck und Kreuzfuchs. Während die Dosierung noch mancher Klärung bedarf, hält er die Filterfrage für gelöst zugunsten der Metallfilter. In bezug auf das Radium und Mesothorium steht er auf dem Standpunkt, daß eine weitere Verbesserung der Röntgentechnik die schon jetzt nicht mehr wesentlichen Differenzen zwischen den beiden Strahlungsarten ausgleichen wird. Zum Schluß berichtet er über die moderne Geschwulsttherapie, wie sie in dem von Czerny und Werner geleiteten Samariterhause in Heidelberg gehandhabt wird.

Georg Heymann-Elbing.

Radiumbehandlung von über 100 Fällen, von S. Newcomet-Philadelphia. (Ther. Gaz., 15. März 1914.) In den mitgeteilten Fällen handelt es sich auf der einen Seite um oberflächliche Hautepitheliome verschiedenen Sitzes und auf der andern Seite um Karzinome und Karzinommetastasen; auch einige Sarkome und einige Einzelfälle anderer Art kamen zur Behandlung. Verfasser zeigt, daß auch mit kleinen Mengen bis zu 20 Milligramm Radium gute Resultate erreicht werden können, wenn es in der richtigen Weise verwendet wird; bei tiefsitzenden Affektionen, bei denen ein großer Teil der Strahlung durch Filter ausgeschaltet wird, scheinen indes weit größere Mengen Radium nötig zu sein. Infolgedessen sind seine Erfolge bei tiefsitzenden Karzinomen auch ganz minimale. Er vergleicht die Radiumwirkung in gewisser Beziehung mit den Röntgenstrahlen und ist der Überzeugung, daß manche Affektionen zu dem einen oder anderen Mittel eine besondere Affinität haben. Während er sonst mit Röntgenstrahlen besonders bei Epitheliomen sehr gute Resultate zu haben pflegt, handelte es sich in den hier mit Radium behandelten Fällen fast ausschließlich um solche, die den Röntgenstrahlen getrotzt hatten. Wichtig gegenüber den Röntgenstrahlen ist vor allen Dingen, daß sich das Radium viel leichter in Körperhöhlen, im Mund, im Rektum oder in der Vagina verwenden läßt, und daß es auf kleiner Fläche eine intensive Lokalwirkung äußert, ohne das umgebende Gewebe wesentlich zu alterieren. W. Lehmann-Stettin.

Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Quecksilbervergiftung, von Hugo Pribram. (Prag. m. Wschr., 1914, Nr. 9.) Es handelt sich um eine 20jährige Wärterin, die sich wahrscheinlich mit Quecksilberoxyzyanid vergiftet hatte. Im Vordergrund des Krankheitsbildes, ja fast sein einziges Symptom bildete eine Erkrankung der Niere. Im Sediment waren zahlreiche granulierte Epithel- und spärliche hyaline Zylinder und Epithelien der Harnwege, auch solche der Niere vorhanden, die nach dem Aussehen als verfettete Epithelien angesprochen werden mußten. Die überwiegende Hauptmasse des Sedimentes bestand jedoch aus Wachszylindern, die in einer derartigen Zahl vorhanden waren, daß nahezu jedes Gesichtsfeld mehrere, zum Teil ungemein große Exemplare aufzuweisen hatte. Georg Heymann-Elbing.

Verschiedenes.

In Zürich wurde eine Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten unter der Leitung von Priv.-Doz. Dr. M. Tièche begründet.

Dr. Kerl, Assistent an der Klinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien, wurde vom Ministerium des Innern zum Lehrer an der Krankenpflegeschule des Wiener k. k. Krankenanstaltenfonds bestellt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. August 1914 | Nr. 32 | Band 59

Aus der Lupusheilstätte Hamburg.

Erfahrungen mit dem F. F. Friedmannschen Heil- und Schutzmittel zur Bekämpfung der Tuberkulose beim Lupus, bei Haut- und Knochentuberkulose.

Von

Dr. P. Wichmann, Oberarzt der Heilstätte.

(Mit 10 Abbildungen.)

Angesichts der Heilwirkungen, welche F. F. Friedmann und seine Mitarbeiter C. L. Schleich, Erich Müller, Karfunkel, Thalheim [1]) bei der Tuberkulose der Drüsen, Knochen, Gelenke, der Haut bei Lungentuberkulose auch vorgeschrittenen Grades beobachtet hatten, erschien es angebracht, dieses Mittel beim Lupus zu erproben. Nicht nur weil diese als vor unsern Augen sich abspielende Tuberkulose jederzeit leicht ein objektives Urteil zuläßt, sondern vornehmlich, weil gerade der Lupus als ungemein chronische Form frei ist von plötzlichen, spontan auftretenden Veränderungen im Sinne einer günstigen oder ungünstigen Phase, wie wir solches bei den andern Formen der Tuberkulose des öfteren wahrnehmen können.

Hr. Oscar Emden-Hamburg hatte die Freundlichkeit Anfang August 1913 die Behandlung für sieben Lupuskranke unserer Heilstätte durch Hrn. Friedmann zu vermitteln, die Kranken bleiben bis zu neun Monaten in gemeinsamer Beobachtung, an der anfangs sich auch Hr. C. L. Schleich beteiligte. Da Indikationsstellung, Dosierung, Ausführung der Injektion von Hrn. Friedmann selbst vorgenommen worden sind, so dürfte den Intentionen des Erfinders voll entsprochen worden sein. Die nachfolgenden Krankengeschichten, die möglichst gekürzt wiedergegeben worden sind, sind in gemeinsamer Beobachtung von Hrn. O. Emden und mir entstanden.

1. E. K., 51 jährige kräftige Arbeitersfrau, kleinhandtellergroßer Lupus nodosus vor dem rechten Ohr, im Anschluß an Tuberkulose der präaurikulären Drüse entstanden, seit dem 16. Lebensjahre bestehend. Oberhalb des linken Handgelenks eine mäßig sezernierende Fistel, von Knochentuberkulose ausgehend; innere Organe o. B.

[1]) B. kl. W., 1913, Nr. 45.

Digitized by Google

5. VIII. 1913: erste Injektion 0,2 intravenös, 0,5 intramuskulär, Temperaturen bis 38,5. 11. VIII.: Entfieberung. 18. VIII.: leichte Rötung an den Rändern des Lupus. 10. IX.: die Sekretion aus der Fistel besteht nicht mehr, zweite Injektion 0,5 intramuskulär. Patientin wird nach Ablauf der Reaktionen nach Hause entlassen. Patientin meldet am 17. IX., daß die erste Injektion am Gesäß „ausgelaufen" sei, wodurch die starken Schmerzen daselbst vergangen seien. Am Ort der zweiten intramuskulären Injektion besteht starke Rötung und Infiltration.

Schlußbesichtigung am 1. V. 1914 ergibt, daß die Infiltrate bis auf kleine Reste verschwunden sind. Die Fistel am Arme ist trocken, oberhalb derselben hat sich ein kalter Abszeß gebildet, der gespalten wird. Der Lupus ist in keiner Weise beeinflußt (s. Fig. 1 und 2).

Fig. 1.
E. K. Von präaurikularer Lymphdrüsentuberkulose ausgehender Lupus, noch nie behandelt. Aufnahme vor der Friedmann-Kur, Juli 1913 (Frl. Döding).

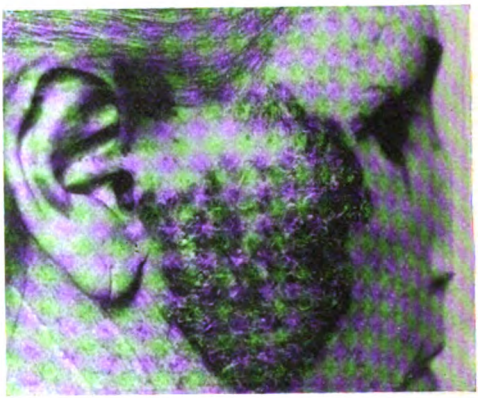


Fig. 2.
E. K. Nach der Friedmann-Behandlung aufgenommen. 1. Mai 1914 (Frl. Döding).

Kritik: Trotzdem sicherlich der größte Teil der intramuskulären Injektion zur Resorption gelangte und auch die intravenöse Einverleibung des Mittels erfolgte, blieb der Lupus völlig unbeeinflußt. Dagegen folgte eine Schließung der Fistelbildung.

Eine „spezifische" Wirkung des Mittels auf den Lupus war lediglich in Form einer geringfügigen Reaktion zu erkennen, die nach drei Tagen verschwunden war.

2. K. W., 17 jährig, Lupus planus der äußeren Nase und Oberlippe, von Lupus der Nasenschleimhaut ausgehend, seit acht Jahren bestehend.

5. VIII. 1913: 0,2 intravenös, 0,5 intramuskulär, Temperaturen bis 39,2, Entfieberung 9. VIII. 10. IX.: erneute Injektion, 0,7 intramuskulär. 10. III. 1914: nach Aussage des Patienten soll nach der zweiten intramuskulären Injektion etwas aus der Injektionsstelle herausgesickert sein.

Befund: Geringe wenn auch deutliche Verbreitung des Hautlupus; sowie eine mäßige Konfluenz der Lupusknoten (Dr. Wichmann). Dr. Emden stellt lediglich eine Nichtbeeinflussung des ursprünglichen Befundes fest. Erneute intramuskuläre Injektion,

Befund 1. V. 1914.: Lupus zum mindesten ohne jede Beeinflußung (s. Fig. 3 und 4).

3. E. L., 16 jähriges, mäßig ernährtes Mädchen. Im Gesicht, an beiden Oberarmen und Schultergürtel, am Rumpf hat sich eine mit wallartigem Rande fortschreitende, nicht kolliquative Hauttuberkulose ausgedehnt, welche innerhalb der Umgrenzung eine

Digitized by Google

Aussaat von miliaren Lupusknötchen darbietet. Die Umgrenzung schneidet symmetrisch ab, und reicht vorn handbreit über den Nabel, um nach den Seiten zu guirlandenförmig zur Höhe des Kreuzbeines abzufallen. Gesicht, Vorderseite des Halses zeigen infolge Konfluenz der Knoten eine diffuse Tuberkulose, am Rumpf und an den seitlichen Partien des Halses sind handtellergroße Flächen innerhalb des Walles in spontaner Abheilung („Lupus progrediens"). Der Ausschlug hat sich seit dem Kindesalter im Anschluß an ein skrofulöses Ekzem entwickelt, welches den Locus minoris resistentiae für die tuberkulöse Hautinfektion abgab. Histologisch typische Tuberkeln in Kutis und Subkutis. Pirquet stark positiv. Lunge zeigt Schallverkürzung über dem rechten Unterlappen mit Abschwächung des Atemgeräusches, im mäßigen Auswurf keine Tuberkellbazillen.

Fig. 3.
K. W. Von der Nasenschleimhaut ausgehender, noch nie behandelter Lupus. Aufgenommen vor der FRIEDMANN-Behandlung, Juli 1913 (Frl. DÖDING).

Fig. 4.
K. W. Nach der FRIEDMANN-Behandlung aufgenommen. 1. Mai 1914 (Frl. DÖDING).

Der Fall wird seit 1911 dermatologisch und intern erfolglos behandelt.

5. VIII. 1913: 0,3 intravenös, 0,5 intramuskulär, Temperatur bis zu 40,2, elender Allgemeinzustand. Entfieberung 11. VIII. 1. IX.: tuberkulöser Rand vielleicht etwas flacher, Injektionsstellen reaktionslos, geringe Infiltration glutäal. 10. IX.: 0,7 intramuskulären, Fieber bis zu 38,2, Entfieberung 15. IX. 22. X.: keine weitere Neigung zur Heilung nachweisbar. Patientin bekommt bis zum 24. II. 1914 32 Bestrahlungen mit diffusem Bogenlicht durch Wasserfilter, es tritt nach diesen Bestrahlungen keine nennenswerte Reaktion und Beeinflussung ein. 7. III. 1914: universelle Abflachung der Tuberkuloseherde, der fortschreitende Wall unterhalb des Nabels und der Höhe des Kreuzbeins ist stellenweise fast gänzlich geschwunden. 11. III.: die erwähnte Bogenlichtbestrahlung wird nochmals auf die rechte Schultergegend angewandt, um eine mögliche Beeinflussung dieser Therapie in der Beurteilung der Rückbildung der Tuberkuloseherde

Digitized by Google

festzustellen, die Bestrahlungen sind von keiner nennenswerten Einwirkung gefolgt. 15. III.: die Abflachung der Tuberkuloseherde hält an und hat vielleicht noch etwas zugenommen. 6. IV.: wegen elenden Allgemeinbefindens muß Patientin in die Lupusheilstätte aufgenommen werden. 29. IV.: eine fortschreitende Kachexie ist unverkennbar, Patientin ist dauernd bettlägerig mit Abendtemperaturen zwischen 39 und 39,5. Lungenbefund verschlechtert, im Sputum jetzt massenhaft Tuberkelbazillen (s. Fig. 5 und 6).

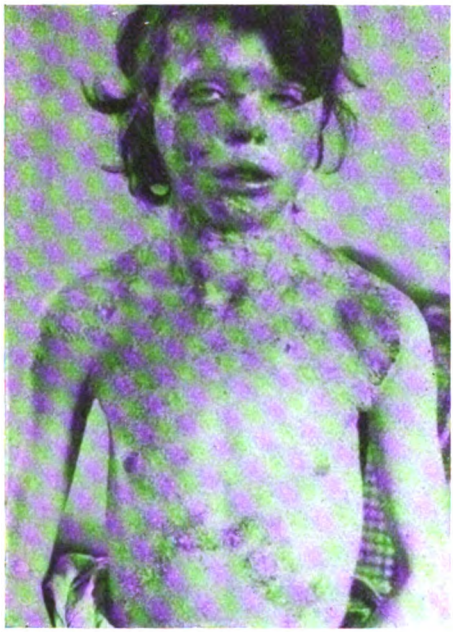


Fig 5.
E. L. Universelle Hauttuberkulose und Lupus. Tuberculosis pulmon. Aufnahme vor der Friedmann-Behandlung (Frl. Döding).

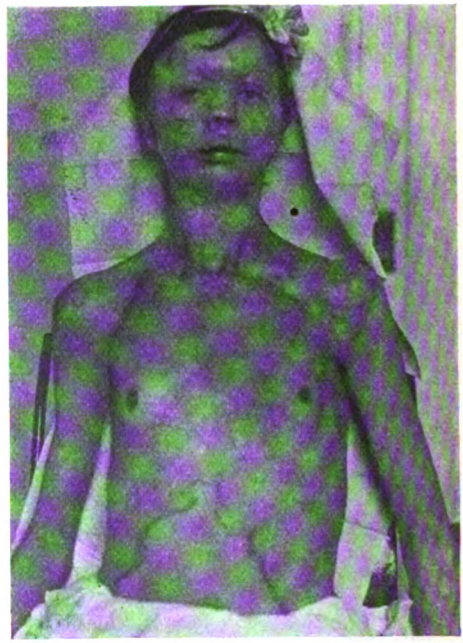


Fig. 6.
E. L. Nach der Behandlung.

Kritik: Die Friedmannsche Injektion, die hier als völlig resorbiert gelten kann, „scheint" die Tuberkulose der Haut in hervorragend günstigem Sinne beeinflußt zu haben, zweifellos ist aber durch die Injektion eine Verschlechterung in dem Lungenstatus, eine bis jetzt zunehmende Kachexie, herbeigeführt und das bis dahin jahrelang arbeitsfähige Mädchen zu einer bettlägerigen, hochfiebernden Patientin mit offener Tuberkulose gemacht worden.

4. K. H., 12 jähriges Mädchen. Seit $2^1/_2$ Jahren geschwüriges Hautleiden am rechten Ober- und Unterarm, das mit Ätz- und Brennmethoden mit Röntgenstrahlen vergeblich behandelt wurde. Bei der am 7. IV. 1913 erfolgten Aufnahme in die Lupusheilstätte wurde zunächst eine indifferente Behandlung angeordnet, welche in lauwarmen Bädern und Borsalbe besteht, zweimal wurde eine leichte Exkochleation mit nachfolgenden lauen Bädern vorgenommen. Unter dieser Behandlung überhäuteten sich die geschwürigen Partien zusehends, jedoch blieben die zwischen diesen liegenden geschwulstartigen Hervorwölbungen unbeeinflußt. Am 5. VIII. wird folgender Befund erhoben: Am rechten Oberarm, Ellbogen, oberen Drittel des Unterarms in die Kutis, Subkutis reichende Ulzera-

Digitized by Google

tionen, fibrinös belegt mit scharfen zackigen Rändern. An den Rändern Eruptionen von Lupusknötchen und bohnengroßen Tuberkulomen, die sich von der Unterhaut nach der Epidermis zu vorschieben, teilweise mit intakter Haut bedeckt sind, teilweise eine leicht ulzerierte Oberfläche zeigen. Keine Erweichungsherde. Histologisch typische Tuberkel in Kutis und Subkutis. Pirquet stark positiv.

Diagnose: Tuberculosis cutis serpiginosa ulcerativa Hyde. Lupus. Nasenschleimhaut rechts weist Tuberkulose auf, starke linksseitige Halsdrüsenschwellung. Kyphoskoliose nach links. Die übrigen Organe ohne Befund.

Behandlung 5. VIII.: 0.3 intravenös, 0,5 intramuskulär (glutäal), Temperatursteigerungen bis 40,5, Entfieberung 14. VIII. 1. IX.: die Tuberkulome zeigen wesentliche Abflachung. Injektionsstellen reaktionslos, glutäal nur erbsengroße Infiltrationen. 10. IX. erneute Injektion 0.8 intramuskulär. Temperatursteigerungen bis 38.5. Entfieberung 15. IX. 17. IX.: Tuberkulome weiter in Abflachung. 22. X.: in den überhäuteten Partien sind nach wie vor deutlich Tuberkulome sichtbar, am oberen Rande zwei neue halbkreisförmige fortschreitende Lupuseruptionen. 15. XI. erneute Simultaninjektion: 0,3 intravenös, 0,6 intramuskulär, Temperatur bis 39.9, Entfieberung 19. XI. 25. XI. aus der Heilstätte entlassen, Allgemeinbefinden mäßig. Injektionsstellen reaktionslos. 7. III. 1914: das Kind soll nach Angabe der Mutter am Heimatsort eine weitere FREIDMANNsche Injektion erhalten haben, auf Rat des dortigen Arztes. Besichtigung ergibt deutliche Propagation des Lupus am Oberarm, es sind neue Tuberkulome aufgeschossen, die geschwürigen Partien sind verbreitert.

Kritik: Anfänglich schien eine Beeinflussung im günstigen Sinne einzutreten, sie war jedoch vorübergehender Natur und machte einer Verschlechterung Platz, trotzdem zwei Injektionen erfolgt und reaktionlos absorbiert waren (22. X. 1913). Auch nach zwei weiteren Injektionen, von denen die letzte ohne unser Wissen vorgenommen und nach Ansicht des Hrn. Dr. FRIEDMANN kontraindiziert war, hat die Verschlechterung des Lokalbefundes Fortschritte gemacht. Die anfängliche, wenn auch geringfügige, günstige Beeinflussung deutet darauf hin, daß die Möglichkeit einer Besserung des Leidens durch das Mittel gegeben war. Vielleicht hat eine Überdosierung in diesem Fall die zweifellose Propagation der lokalen Tuberkulose hervorgerufen.

5. H. Sch., 35jähriger Kaufmann. Seit fünf Jahren Kehlkopf- und Lungentuberlose, das linke Knie wegen Knochentuberkulose reseziert, Lupus am Kopf und Stamm. Befund am 5. VIII. 1913.: mittelgroßerMann in gutem Ernährungszustande, multiple Lupusherde auf dem behaarten Kopfe, im Gesicht, Brust, Rücken und den unteren Extremitäten. Die Nasenschleimhaut und Schleimhaut der Zunge, der Epiglottis, des Kehlkopfes sind tuberkulös verändert. Linkes Knie: Status post resectionem sanat., oberhalb des Knies an der Außenseite eine Fistel, die wässerigen Eiter in geringer Menge absondert. Tuberculosis pulmonum.

5. VIII. 1913 Simultaninjektion: 0,3 intravenös, 0,5 intramuskulär. Temperatursteigerung bis 39.5, Entfieberung 11. VIII. 10. IX: die Hautfistel am Knie sezerniert nicht mehr, erneute Injektion: 0,7 intramuskulär. 22. X.: es sind vier neue Lupusherde aufgetreten, die Fistel am Knie sezerniert wieder, die Zungentuberkulose ist deutlich im Fortschreiten begriffen, letztere wird mit Mesothorium behandelt, wodurch an den ulzerierten Partien ein Überhäutungseffekt erzielt wird. Die Injektionsstellen sind reaktionslos, die Depots in den Glutäen sind etwa wallnußgroß. Am 15. XI.: dritte Injektion: 0,3 intravenös, 0,6 intramuskulär, sämtliche Hautherde propagiert, zwischen den alten sind zahlreiche neue Herde aufgeschlossen. 10. III. 1914: das Infiltrat ist kleinapfelgroß, scheinbar nicht abszediert, weitere Vergrößerung der Hauttuberkuloseherde. Deutliche Sekretion aus der Fistel am Knie, mäßiges Allgemeinbefinden. Auf Rat des Herrn FRIEDMANN willigt der Patient gern in eine weitere Injektion, zumal

Digitized by Google

ihm die bestehende Propagation der Tuberkuloseherde als eine ganz natürliche, vorübergehende Reaktion während der Kur hingestellt und eine Abheilung in vier Wochen in Aussicht gestellt wird. Er erhält eine intravenöse Injektion 0,3 (Lösung 2 blau). Mai 1914: die Propagation der Hauttuberkulose hat weitere Fortschritte gemacht, Allgemeinbefinden erscheint reduziert (s. Fig. 7, 8, 9 und 10).

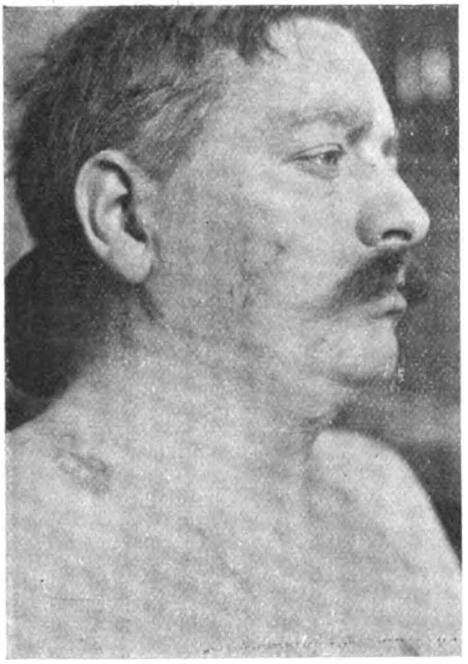


Fig. 7.

H. Sch. Universeller Lupus an Stamm und Gliedern. Vor der Behandlung. Anfang August 1913.

Fig. 8.

H. Sch. Nach der Friedmann-Behandlung (Anfang März 1914):

5. VIII. 1913 0,3 intravenös
0,5 intramuskulär
10. IX. 1913 0,7 intramuskulär
15. XI. 1913 0,3 intravenös
0,6 intramuskulär.

Kritik: Trotz viermaliger Injektion, die aseptisch verlaufen ist, ist eine deutliche Aktivierung und Propagierung der Tuberkuloseherde an Haut und Schleimhaut aufgetreten, die hier zweifellos auf das Mittel zurückgeführt werden muß. Der Patient, mir seit Jahren bekannt, hatte zwar im Laufe der Jahre vielfach Nachschübe in Haut und Schleimhaut erkennen lassen, jedoch betrug die diesmalige Verbreiterung der Herde ein Vielfaches des sonst beobachteten Grades, auch das Auftreten der neuen Herde machte sich in einer bis dahin nicht gekannten Anzahl geltend.

6. M. F., 21jähriges Dienstmädchen, Lupus der Nasenschleimhaut, von demselben ausgehend Lupus beider Wangen, unbehandelt, auf der linken Lungenspitze kleinbasige Rasselgeräusche mit leicht klingendem Beiklang. Vorn links oben ober- und unterhalb des Schlüsselbeins Schallverkürzung, die zirka zwei Querfinger unterhalb des Schlüsselbeins reicht.

Digitized by Google

0,2 intravenös, 0,5 intramuskulär, Temperatur bis 40,5, Entfieberung noch nach Wochen nicht eingetreten. 17. IX. 1913: intramuskuläre Injektionsstelle gerötet und infiltriert. 22. X.: diffuse Bronchitis, lupöse Erscheinungen gänzlich unverändert. 3. XII.: neue Lupusstelle an der Nasenspitze, der Lupus wird einer Lichtbehandlung unterzogen.

Fig. 9.
H. Sch. Anfang August 1913. Vor der Behandlung.

Fig. 10.
H. Sch. Nach FRIEDMANN-Behandlung (3 Injektionen). Zustand Anfang März 1914. (Die kreisförmigen Begrenzungen im unteren Teil sind durch Quarzlichtbestrahlungen entstanden.)

Die Injektionsstelle am Gesäß sezerniert, radiär in der Umgebung der Injektionsstelle haben sich neben und einige Zentimeter vom typischen Infiltrat entfernt in sonst intakter Haut Knötchen gebildet, die makroskopisch als Tuberkel imponieren. Es wird eine Exzision (Dr. WICHMANN) gemacht, welche die Knötchen 2 cm im Gesunden umgrenzt und mit Umschneidung des Fistelganges tief in die Gesäßmuskulatur hineinreicht. Naht. Histologisch typische Riesenzellen (Prof. FRAENKEL, PLAUT). Bazillen konnten nicht dargestellt werden. Die Wunde heilt nicht per primam. Am 30. I. 1914 neue Tuberkelbildung in der Umgebung der granulierenden Wunde. Erneute weitgehende Exzision (Dr. WICHMANN) jetzt prima intentio. Verimpfung auf Meerschweinchen und Karpfen (Dr. PLAUT) negativ.

Patientin hat noch abendliche Temperatursteigerungen und ist stark in ihrem Allgemeinbefinden beeinträchtigt. Sie wird am 25. III., nachdem der Lupus durch Lichtbehandlung zur Abheilung gekommen und die Lungenerscheinungen bis auf einen geringen Katarrh in der Lungenspitze geschwunden sind, aus der Heilstätte entlassen.

Kritik: Bei einer Injektion, die als nur zum Teil resorbiert gelten kann, ist eine Propagation des Lupus sowie eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens und des Lungenstatus eingetreten. Das Auftreten des Nasenlupus ist zweifellos durch das Mittel herbeigeführt, da die Patientin, mir seit Monaten bekannt, keinerlei Neigungen zur Propagation ihres Lupus aufwies.

Digitized by Google

7. A. O., 42jährige Witwe, seit 14 Jahren von der Nase ausgehender Lupus des Gesichtes. Knochentuberkulose mit Fistelbildung an der linken Hand, auch an den Händen befinden sich vereinzelte Hauttuberkuloseherde. Dürftiger Allgemeinzustand. Lunge feuchte Rasselgeräusche links vorn oben unterhalb des Schlüsselbeins mit klingendem Beiklang. Der sehr vorgeschrittene Lupus wird der Lichtbehandlung unterzogen.

10. IX. 1913 Simultaninjektion: 0,2 intravenös, 0,5 intramuskulär. Temperaturen bis 38,5, Entfieberung 15. VIII. 17. IX: Injektionsstellen reaktionslos. 22. X.: die Knochentuberkulose der linken Hand ist von starken Anschwellungen umgeben, sehr schmerzhaft, aus den Fisteln starke Eiterungen. Nach achttägiger Suspension wird daselbst die Eröffnung mehrerer Abszesse erforderlich, Patientin ist bettlägerig und wird Mitte Januar 1914 als bettlägerige Patientin dem hiesigen Marienkrankenhause überwiesen.

Kritik: Nach einer Injektion, die aseptisch resorbiert ist, tritt zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes und der Knochentuberkulose ein.

Kommen wir nun zusammenfassend zur Beurteilung des Einflusses, den das Friedmannsche Mittel auf Herde der menschlichen Tuberkulose in unsern Fällen gehabt hat, so ist zunächst eine spezifische Reaktion zu nennen, die sich zuweilen an den Lupusherden 1—2 und mehrere Tage später in Form einer Rötung und leichten Anschwellung nach Art der Tuberkulinreaktion bemerkbar macht, um in wenigen Tagen zu verschwinden.

Außer dem Versiegen der Fistelsekretion (Fall 1) sowie der deutlichen Abflachung, dem stellenweise sogar vorhandenen Schwund der Hauttuberkulose in Fall 3, war eine Besserung bzw. Heilwirkung niemals zu verzeichnen. Dabei erscheint es noch sehr zweifelhaft, ob die im Falle 3 zutage getretene günstige Beeinflussung der Hauttuberkuloseherde nicht als Folge der hochgradigen Kachexie angesprochen werden muß.

Von vornherein hatte ich im Gegensatz zu Herrn Friedmann meine Erwartungen nicht so hoch gestellt, daß eine Abheilung von Lupusherden eintreten würde, denn der geringe Tuberkelbazillengehalt lupöser Herde macht eine derartige weitgehende spezifische Einwirkung nicht wahrscheinlich. Wohl glaubte ich aber die Forderung stellen zu müssen, daß die Aktivität der tuberkulösen Herde beeinflußt, also unter dem Einfluß des Mittels zum mindesten kein wesentlicher Fortschritt, kein Auftreten neuer Lupusherde als Nachschub von der präexistenten inneren Tuberkulose aus stattfinden würde. Die Verhältnisse liegen in dieser Beziehung insofern günstig, als die Aktivität bei Lupus und Knochentuberkulose ja eine relativ geringe ist. Aber selbst diese bescheidenen Hoffnungen wurden enttäuscht. Drei Kranke (4, 5, 6) zeigten deutlich Verbreiterung und Auftreten neuer Lupusherde, welches im Falle 5 im Sinne einer hochgradigen Aktivierung und Propagierung der Haut und Schleimhautherde vor sich ging. Dabei nahmen die Herde im letzteren

Digitized by Google

Fall jenes transparente bläuliche Aussehen an, welches wir in den seltenen Fällen von hochgradig progredienter Hauttuberkulose beobachten können. Wenn wir uns in der bisherigen Literatur über die Wirkung des Friedmannschen Mittels bei Tuberkulose der Haut unterrichten, so sah Blaschko[1]) einen Erfolg bei einer subkutanen Tuberkulose, A. Brauer[2]) sah Abflachung der Infiltrate, die zum Teil unter Desquamation schrumpften, Verschwinden der Entzündung und Epithelisierung der kleinen Ulzerationen. Diese Besserungen hielten aber in keinem Falle länger als drei Wochen an und waren stets vor Verschlimmerung gefolgt. Isaac[3]) glaubt unverkennbar eine Beeinflussung feststellen zu müssen. Bei einem Fall von Tuberculosis cutis verrucosa konnte man nach zwei Einspritzungen fast von Heilung reden. Treupel[4]) hat unbefriedigende Ergebnisse gehabt, Fritz Meyer[5]) dagegen auffallende Besserung bei einem Lupusfall, der sich in kurzer Zeit bemerkenswert verkleinerte, festgestellt.

Fragen wir nach der Ursache der in unseren Fällen fast durchweg zutage getretenen negativen Ergebnisse und Mißerfolge, so wäre zunächst im Sinne Friedmanns darauf hinzuweisen, daß Erfolge ausbleiben sollen, wenn eine Resorption des einverleibten Mittels nicht oder ungenügend statthat, z. B. wenn Entleerung aus dem intramuskulären Depot eingetreten ist, ohne daß sofort eine intravenöse Zwischeninjektion gemacht worden ist. Demgegenüber ist darauf hinzuweisen, daß im Fall 4 eine Simultan- und intramuskuläre Injektion, im Fall 5 zwei Simultaninjektionen, eine intramuskuläre und eine intravenöse Injektion, im Fall 7 eine Simultaninjektion aseptisch verlaufen und jedenfalls größtenteils zur Resorption gekommen waren. Gerade diese Fälle ließen eine Aktivierung und Propagierung des Lupus bzw. der Haut- und Knochentuberkulose deutlich erkennen. Die Behauptung Friedmanns, daß derartige Zustände der Verschlimmerung natürliche vorübergehende Reaktionszustände seiner Behandlungsmethode darstellen, die von Besserung bzw. Heilung gefolgt sind, hat sich nach unserer Beobachtung, die besonders bei Fall 5 nun schon acht Monate währt, als irrig erwiesen, wie auch sonst die Prognosen des Herrn Friedmann nicht eingetroffen sind.

Die fieberhaften Reaktionszustände nach der Einspritzung sind durchaus nicht immer so belanglos, wie Herr Friedmann sie hinstellte, namentlich die Schädigung des Allgemeinbefindens durch Impfabszeß (Fall 6) kann sehr beträchtlich sein, wie auch aus der Literatur zu ersehen ist.

Besonderes Interesse erheischt der letztere Fall wegen des Auftretens einer progredienten Hauttuberkulose, bedingt durch die Friedmann-Bazillen.

[1]) Berliner med. Gesellsch., Sitzung vom 6. XI. 1912. — [2]) D. m. W., 1914, Nr. 17. — [3]) D. m. W., 1914, Nr. 22, S. 1056. — [4]) M. Kl., 1914, Nr. 17. — [5]) D. m. W., 1914, Nr. 25, S. 1191.

Digitized by Google

Nach der jüngst erfolgten Publikation Friedmanns[1]) hat die Methode plötzlich einen ziemlichen Wandel erfahren. Es ist daselbst zu lesen: „Nach der ersten intramuskulären Injektion soll die zweite nicht vor dem vierten bis fünften Monat gemacht werden." ... „Noch weit länger als die intramuskuläre hält die Wirkung einer einmaligen einzigen Simultaninjektion an": acht, zehn, zwölf Monate, ja noch länger. Hiernach ist in unseren Fällen eine erhebliche Überdosierung von Herrn Friedmann selbst angewandt werden. Es muß befremden, daß der Entdecker trotz vorhergehender Anwendung des Mittels an Tausenden von Kranken nach einer Anwendungszeit von zwei Jahren erst heute zu dieser für die Methode grundsätzlich wichtigen Erkenntnis kommt.

Man ersieht daraus, daß der Entdecker selbst sich über die Anwendung und Wirkungsweise seines Mittels bis vor kurzem nicht im klaren war, was in Anbetracht der mangelhaften experimentellen Grundlagen nicht wundernehmen kann. Die wissenschaftliche Anwendung dieses Mittels ist nur ungenügend gegeben, es wurde mehrfach als mit pathogenen Keimen verunreinigt befunden, eine Aktivierung und Propagierung der menschlichen Tuberkulose infolge Einverleibung des Mittels ist mehrfach erwiesen, seine Schutzwirkung in keiner Weise festgestellt, eine Heilwirkung muß als möglich bezeichnet werden.

Es erscheint daher nicht gerechtfertigt, dasselbe als Schutzmittel oder Heilmittel zu betrachten. Mittel und Methode stehen noch durchaus im Stadium des Versuches.

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten an dem israelitischen (sog. Poznanskischen) Krankenhaus zu Lodz.

Immunotherapeutische Versuche bei Syphilis.

Von

Dr. A. Grosglik, ordin. Arzt des Ambulatoriums.

(Schluß.)

In ebenso bemerkenswerter Weise verhielten sich unsere tertiären Fälle. Nicht etwa die fertigen Geschwüre, sondern die geschlossenen Gummata. Die ersteren reagierten viel rascher und häufiger auf die Einwirkung des Extraktes, als die letzteren, wie aus folgender Zusammenstellung zu ersehen ist. Unter 24 tertiären Geschwüren verschiedener Art und Lokalisation vernarbten 18 = 75 % vollständig; 1 = 4,1 % unvollständig, und 5 Fälle = 20,8 % blieben unverändert. Auf der anderen

[1]) D. m. W., 1914, Nr. 25.

Digitized by Google

Seite gelangten unter 18 geschlossenen Gummata aller Art nur 4 = 22,2% zur vollständigen Resorption (2 Hautgummata, 1 beiderseitige Sarkozele); in 4 Fällen = 22,2% war die Resorption eine unvollständige; 2 Fälle = 11% blieben unverändert und 8 = 44,4% gelangten zur Ulzeration. Vielleicht aber dürfte hier die Tatsache nicht ohne Belang gewesen sein, daß es sich zum größten Teil um erweichte Gummata, also um solche mit fortgeschrittener Degeneration handelte.

Ebensowenig habe ich einen konstanten Einfluß des Extraktes auf die Drüsen der sekundären Periode feststellen können. Doch kamen mir hierin manche ziemlich auffallende Ausnahmen vor. So schwand z. B. eine strumöse Halsadenitis in 84 Tagen, mit Hinterlassung einzelner kleiner Drüsen. Aber erfahrungsgemäß gehören die Drüsen zu den konstantesten und dauerhaftesten Erscheinungen der Lues.

Wie schon anderen Orts gesagt, hielten wir uns nicht immer an die gleiche Dosierung des Extraktes. In der ersten Zeit pflegte die Behandlung mit der Einzeldosis von 0,05 oder sogar 0,01 eingeleitet zu werden und dann allmählich gestiegen bis auf 0,3 auf einmal. In der zweiten Periode unserer Versuche wurde von vornherein 0,25—0,3—0,5 verabreicht und allmählich bis auf 0,75—1,0 gestiegen. Dementsprechend weichen auch die Gesamtmengen des Extraktes nicht unerheblich voneinander ab und betragen im Durchschnitt: 1. bei den günstigen Fällen: 5,22 (4,50—6,07) für rezente Lues; 4,085 (0,32—11,25) für sekundärrezidivierende und 3,78 (0,61—11,70) für tertiäre Lues; 2. bei den relativ günstigen Fällen: 7,74 (0,75—17,25) für rezente; 5,29 (0,45—14,60) für sekundär-rezidivierende; 6,172 (1,11—20,40) für tertiäre Lues. In folgender Tabelle (Nr. II) wird die Zahl der günstigen und der relativ günstigen Fälle auf die Höhe der verabfolgten Einzeldosis hin miteinander verglichen, um zu sehen, ob denn überhaupt ein Zusammenhang zwischen Dosierungsmethode und Resultaten der Behandlung bestehe. Als geringe Dosen werden diejenigen bezeichnet, die mit 0,01—0,05 beginnen und allmählich bis auf 0,3 steigen; als hohe diejenigen, die mit 0,25—0,3—0,5 beginnen und bis auf 0,5—1,0 steigen.

Tabelle II.

Lues II recidiva				
	Geringe Dosen: 11 Fälle		Hohe Dosen: 16 Fälle	
	Günstige Fälle	Relativ günstige Fälle	Günstige Fälle	Relativ günstige Fälle
	6 = 54,54%	3 = 27,27%	8 = 50%	5 = 31,87%
Gesamtzahl der günstigen und relativ günstigen Fälle	81,81%		81,87%	

Digitized by Google

Lues III				
	Geringe Dosen: 8 Fälle		Hohe Dosen: 11 Fälle	
	Günstige Fälle	Relativ günstige Fälle	Günstige Fälle	Relativ günstige Fälle
	4 = 50 %	3 = 37,5 %	3 = 27,27 %	5 = 45,45 %
Gesamtzahl der günstigen und relativ günstigen Fälle	87,5 %		72,72 %	

Sehen wir von den Fällen mit frischer Lues, da bei ihnen von vornherein hohe Dosen verabfolgt wurden und infolgedessen ein Vergleich unmöglich ist, ab, so würde aus obiger Zusammenstellung hervorgehen: erstens, daß für die sekundär-rezidivierende Lues die Zahl der günstigen Fälle bei beiden Dosierungsmethoden beinahe gleich war (54,54 %—50 %), während im tertiären Stadium mit den geringen Dosen bessere Erfolge gezeitigt worden sind als mit den hohen; zweitens, daß bei sekundär-rezidivierender Lues die Dosierungsweise keinen Einfluß hatte auf die Gesamtzahl der günstigen und relativ günstigen Fälle, d. h. auf die Gesamtzahl all der Fälle, in welchen die Wirkung des Extraktes sich kundgab (81,81 %—81,87 %), während im tertiären Stadium diesbezüglich wiederum ein gewisser Unterschied zur Beobachtung kam (87,5 %—72,72 %). Es wäre aber, angesichts des geringfügigen obiger Tabelle zugrunde gelegten Materials, unstatthaft, ganz bestimmte Regeln hierin aufstellen zu wollen.

Wenngleich die günstigen Fälle schon ipso facto, d. h. sowohl vermöge des völligen Schwundes sämtlicher Symptome als auch vermöge ihrer nicht allzu geringen Zahl (41,3 %), hinreichend für die spezifische Wirksamkeit des Extraktes zu sprechen scheinen, so kann doch die Beweiskraft dieser Fälle dadurch in Frage gestellt werden, daß ihre Behandlung eine ziemlich lange Zeit, nämlich 48 Tage im Durchschnitt, in Anspruch nahm, ein Zeitraum, angesichts dessen die Möglichkeit eines spontanen Zurücktretens des Krankheitsbildes nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen wäre. Da wirft sich nun die Frage auf: hat denn der Extrakt tatsächlich die „Heilung“ verursacht oder aber war er vielmehr so zu sagen nur unwillkürlicher und passiver Zuschauer eines ganz natürlichen spontanen Vorganges? Ersterenfalls, worin liegt der Beweis für die aktive Einwirkung des Extraktes auf syphilitische Prozesse? Wir müssen auf diese Fragen ausführlicher eingehen.

Zunächst sei bemerkt, daß die Annahme einer spontanen Heilung, wenn auch die letztere unstreitig, und vielleicht sogar häufiger, als angenommen wird, vorkommt, schon aus dem Grunde nicht auf unsere

Digitized by Google

günstigen Fälle Anwendung finden kann, weil ihr die stillschweigende Voraussetzung zugrunde liegt, ich sei in der Lage gewesen, diesen Heilungsmodus binnen verhältnismäßig kurzer Frist bei 24 Personen unter 58 beobachten zu können. Eine solche Voraussetzung wäre aber höchst unwahrscheinlich und würde in krassem Widerspruch zur allgemeiner Erfahrung der Syphilidologen stehen.

Vergleichen wir ferner die natürliche Verlaufszeit einiger typischer Syphiliserscheinungen und diejenige Zeit, welche dieselben Erscheinungen unter Extraktbehandlung in Anspruch genommen hatten, miteinander.

Unbehandelte Syphilis (nach Fournier[1]) und Kaposi[2]).	Bei Extraktbehandlung.
1. Ulcus indur.: Vernarbung binnen 4 bis 6 Wochen, manchmal 7—8 Wochen, mitunter 3 Wochen. Als Unikum einmal in 14 Tagen (Fournier).	1. 3—24 Tage, durchschn. 13 Tage.
2. Sklerose: papierartige, verschwindet gleichzeitig mit Verheilung der Erosion in kurzer Frist; pergamentartige, wenigstens binnen wenigen Wochen; große Sklerosen bestehen viele Wochen und Monate, selbst bis zu einem Jahr, trotz spezifischer Behandlung fort.	2. Unter 4 großen Sklerosen war eine schon nach 35 Tagen wenig fühlbar; die zweite nach 7 Tagen bedeutend verkleinert und nach 77 Tagen kaum fühlbar; die drittenach 30 Tagen bedeutend resorbiert; die vierte — von monströser Größe — innerhalb 59 Tagen mehr als um die Hälfte resorbiert.
3. Roseola: von wenigen Tagen (R. evanida) bis zu mehreren Monaten (Kaposi); ein bis zwei Monaten, manchmal länger (Foufnier).	3. 14—59, durchsch. 28 Tage.
4. Roseola recid.: bildet sich langsam zurück, einige Wochen, 2 Monate und mehr.	4. 2 Fälle: 27 resp. 29 Tage.
5. Diskretes papulöses Syphilid: Resorption beginnt erst nach mehrwöchentlichem Bestand (bis 3 Monaten); bis zum völligen Rücktritt wenigstens einige Monate. Unter Quecksilber Heilung binnen 2—4 Wochen (Fournier).	5. 28—48, durchsch. 37 Tage (allerdings spärliche Exantheme).

[1]) Fournier, Traité de la syphilis, 1898—1899. — [2]) Kaposi, Pathologie u. Therapie d. Syphilis, 1891.

Digitized by Google

6. Papulo-tuberkulöses Syphilid: Keine Neigung zur Resorption; verharrt viele Wochen und Monate im selben Zustand; ungewöhnliche Hartnäckigkeit gegenüber Hg und Jodkali, selbst in hohen Dosen; erheischt vielmonatliche Behandlung (Fournier).	6. 1 Fall von universellem Exanthem, zahlreiche große Knoten: 83 Tage.
7. Lichen syphil.: im allgemeinen sehr hartnäckig, schwer durch Quecksilber beeinflußbar; besteht mitunter mehrere Monate und darüber (einmal sogar 18 Monate trotz energischer Behandlung).	7. 1 Fall von universellem Lichen: 66 Tage.
8. Aggregierte regionäre Papeln: keine näheren Angaben; jedenfalls wenigstens mehrere Wochen, wie bei 5.	8. 14—49, durchsch. 28 Tage.
9. Syphilis palmaris et plantaris: kann unbehandelt einige Monate bis zu einem Jahre und noch länger bestehen; unter Behandlung Rücktritt binnen einigen Wochen.	9. 2 Fälle: 29 resp. 35 Tage.
10. Papulae exulcer. capill.: langer Bestand ohne Tendenz zur Veränderung nach der einen oder anderen Richtung; Rücktritt erst nach einigen Monaten.	10. 19—39, durchsch. 29 Tage.
11. Gummata resp. gummöse Geschwüre: können monatelang bestehen.	11. Hautulzera: 7—90, durchsch. 44 Tage. Ulzera der Schleimhäute: 17—87, durchsch. 44 Tage.
12. Sarkozele: langer Bestand, bis einigen Jahren; unter Behandlung rasche Rückbildung.	12. Beiderseitige Sarkozele: 67 Tage.

Aus obiger Zusammenstellung geht hervor, daß die Behandlungsdauer mehrerer syphilitischer Symptome bei meinen Fällen keinesfalls mit der spontanen Verlaufszeit derselben Symptome übereinstimmt, sondern im Gegenteil viel geringer ist, und spricht also eher zugunsten einer aktiven Einwirkung des Extraktes, als für eine spontane Heilung. Allerdings will diese Zusammenstellung keinen Anspruch machen auf völlige Exaktheit, da sie eben nur die Behandlungszeit, nicht aber die Gesamtdauer der Erscheinungen vom Momente ihrer Entstehung ab berücksichtigt. Wir möchten deshalb einige Beispiele anführen, wo gleiche Erscheinungen bald mit Extrakt, bald mit Quecksilber oder Jodkali behandelt wurden. Wie bereits erwähnt, verschwand ein universeller Lichen

Digitized by Google

syphil. bei einem meiner Fälle innerhalb 66 Tage. Nun trat bei einem anderen Fall ein ebensolcher Lichen am Ende der Extraktbehandlung als Rezidiv auf, weshalb zum Quecksilber gegriffen wurde: erst nach 21 Tagen begannen einzelne Effloreszenzen zu verschwinden; nach 56 Tagen waren zwar die größeren Papeln bereits verschwunden, aber die kleineren bestanden noch fort. Ein dritter Fall bekam wegen eines gummösen Geschwürs am Vorderarm zuerst Extrakt ohne Erfolg, sodann Jodkali innerlich und Sublimatumschläge, später Vioformsalbe lokal: das Geschwür brauchte 40 Tage zur Vernarbung. Bei einem vierten Fall, der mit ziemlich zahlreichen Gummata der Haut und des Periosts behaftet war, gelangten dieselben trotz Darreichung von Jodkali zum Zerfall; überdies entstanden noch zwei weitere Geschwüre im Laufe der Behandlung. Erst nach einem Monat begann die Reinigung und Vernarbung; nach im ganzen 45 Tagen vernarbten zwar die Geschwüre vollständig, aber die gummöse Infiltration bestand fort und war noch nach $5^1/_2$ Monaten festzustellen. Endlich ein fünfter Fall hatte äußerst tiefe und ausgedehnte gummöse Geschwüre an den beiden Nates, wie auch eine gummöse Infiltration in der Regio coccygea. Wegen Erfolglosigkeit des Extraktes wurde Jodkalium innerlich und lokale Behandlung angewandt. Die Geschwüre gelangten langsam, aber endlich doch zur Vernarbung. Aber die Kokzygeainfiltration war noch nach Verlauf von einem Jahre nicht völlig resorbiert worden. Daß nicht alle meine Fälle solche Renitenz aufwiesen, daß es auch solche unter ihnen gab, die, wie z. B. ulzerierte Rachengummata, ungemein prompt auf Jodkalium reagierten, braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden. Ich führte aber obige Beobachtungen absichtlich an, um an die sonst allgemein anerkannte Erfahrung zu erinnern, daß selbst die altbewährten Spezifika, wie Quecksilber und Jod, lange nicht immer mit effektvoller Raschheit zur Heilung führen. Es wäre daher auch unstatthaft, aus dem langsamen Zurücktreten verschiedener Syphiliserscheinungen unter Extraktbehandlung auf die Indifferenz des letzteren, mit anderen Worten auf spontane Heilung zurückschließen zu wollen. Denn so berechtigt der Skeptizismus auch erscheinen mag in Fällen von gummösen Geschwüren, die auch ohne jegliche allgemeine Behandlung, ausschließlich unter aseptischem Verband vernarben könnten, so unmöglich wäre es, diesen Skeptizismus aufrechtzuerhalten in Fällen von geschlossenen Gummata, wo die lokale Behandlung gar nicht in Betracht kommt. Das Verschwinden von Hautgummata, das Verschwinden von über den ganzen Körper ausgebreitetem tuberkulösem Syphilid, die Resorption einer Sarkozele: all diese Tatsachen gestatten kaum eine andere Erklärung, als die spezifische Beeinflussung der genannten syphilitischen Produkte durch den verabfolgten Extrakt.

Digitized by Google

Es würde aber schwer fallen, sich lediglich auf Grund von Zahlen und Tabellen ein vollkommenes Urteil über den Einfluß eines Mittels zu bilden. Unumgänglich, weil viel beredsamer als alle Ziffern, ist die unmittelbare Beobachtung der sukzessiven Veränderungen, die in den syphilitischen Produkten stattfinden. Wir wollen wiederum auf die bereits erwähnten zwei Fälle verweisen: den universellen Lichen syphiliticus und das universelle tuberkulöse Exanthem. Der Ausschlag (besonders im letzteren Falle) besteht bereits seit 2—3 Monaten, ohne irgend welche regressive Veränderungen aufzuweisen: rot, sehr ausgeprägt, ohne Schuppen oder Krusten. Nun wird die Behandlung mit Extrakt eingeleitet: nach 4—5 Tagen stellt sich stellenweise Schuppung ein, allmählich erstreckt sie sich über immer größere Hautflächen aus; gleichzeitig verringern sich die Infiltrate durch Resorption, die Effloreszenzen flachen sich immer mehr ab und verschwinden endlich, mit Hinterlassung von Pigmentationen. Wir sehen also einen gewissen Symptomenkomplex, einerseits sich selbst überlassen, längere Zeit hindurch im selben Zustande verharren, ohne irgend welche Tendenz zur Rückbildung; wir sehen auf der anderen Seite denselben Komplex, oder sogar nur dessen überwiegenden Teil, namentlich aber diejenigen Erscheinungen, die erfahrungsgemäß am hartnäckigsten der spezifischen Behandlung zu widerstehen pflegen, mit dem Einsetzen des Extraktes unverkennbare regressive Veränderungen einhergehen, die von Tag zu Tag Fortschritte machen und zum völligen Schwund der Symptome führen: dann ist nicht einzusehen, warum hier die Beteiligung des Extraktes in Abrede gestellt und von spontaner Heilung gesprochen werden soll, aus dem Grunde nur, weil der vollständige Verschwund der Symptome viel Zeit in Anspruch genommen hat, während die erprobten spezifischen Mittel bisweilen in wunderbar rascher Weise ihre Wirkung entfalten. Es sei denn, daß wir die Promptheit der Wirkung als alleiniges Maß der Spezifität ansehen wollten, was doch weder für Hydrargyrum und Jod noch selbst für Salvarsan immer den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen dürfte.

Beruhen die bis jetzt angeführten Gründe auf Wahrscheinlichkeit, Vergleich und Analogie, die, obwohl auf Erfahrung gestützt, doch nur indirekt die spezifische Wirksamkeit des Extraktes zu beweisen vermögen, so lassen die Tatsachen, zu den wir jetzt übergehen, kaum noch die Spezifität des Extraktes bezweifeln. Es traten nämlich im Anschluß an die Injektionen bei mehreren meiner Fälle bald typische Herxheimer-Reaktion, mehr minder ausgeprägt, bald solche Erscheinungen auf, die unschwer im Sinne dieser Reaktion gedeutet werden könnten. Zur letzteren Kategorie gehören z. B. gesteigerte Kopfschmerzen, gesteigerte Knochenschmerzen, gesteigerte Schmerzen und Verschlimmerung seitens gummöser

Digitized by Google

Geschwüre, gesteigerte Augenschmerzen bei Patienten mit Chorioiditis oder Chorioretinitis, die alle unmittelbar nach den Injektionen einsetzten. Wir wollen jedoch absichtlich alle nicht unbestrittenen und zweideutigen Beobachtungen beiseite lassen und uns auf diejenigen Fälle beschränken, wo die in Rede stehende Reaktion in ihrer reinsten Form hervortrat. Dies sind namentlich die allgemeinen Exantheme der sekundären Periode. Es erweist sich nun, daß unter 14 Fällen von allgemeinen Exanthemen — davon 11mal Roseola, 1 lentikuläres Syphilid, 1 Lichen syphiliticus und 1 tuberkulöses Syphilid — 11mal die Herxheimer-Reaktion wahrgenommen wurde. Darunter 3mal hintereinander im Anschluß an die 3 ersten Injektionen bei einer Patientin mit Roseola; 2mal hintereinander bei einem zweiten Fall mit Roseola; bei einem dritten, ebenfalls mit Roseola, handelte es sich um sog. verspäteten Herxheimer. Da bekanntermaßen die Herxheimer-Reaktion als Ausdruck einer provokatorischen Einwirkung der Spezifika auf die Spirochäten gilt, so muß diese Erklärung folgerichtig auch auf die im Anschluß an die Extrakteinspritzungen beobachtete Reaktion angewendet und mithin die Wirkung des Extraktes auf syphilitische Produkte als spezifisch betrachtet werden.

Schlußfolgerungen.

Das Ergebnis unserer Versuche würde sich in folgenden Sätzen zusammenfassen lassen:

1. Der (spirituöse) Lues-Fötal-Leberextrakt wirkt spezifisch auf Produkte der Syphilis ein in allen Stadien der Krankheit, ähnlich dem Quecksilber, dem Jodkali, dem Salvarsan.

2. Er steht jedoch den erprobten Spezifika, was Schnelligkeit, Intensität und Zahl der beeinflußten Fälle anbelangt, unvergleichlich nach.

3. Sollen lediglich die sog. günstigen Fälle berücksichtigt werden, so war die Wirkung des Extraktes am auffallendsten bei sekundär-rezidivierender, viel geringer bei tertiärer, am geringsten bei rezenter Lues.

4. Unter den sekundären Erscheinungen ließen sich die an der Haut lokalisierten in höherem Maße beeinflussen durch den Extrakt, als die an den Schleimhäuten lokalisierten.

5. Unter den tertiären Erkrankungen traten die ulzerierten Gummata unvergleichlich leichter zurück als die geschlossenen, am hartnäckigsten aber widerstanden die syphilitischen Erkrankungen des Periosts und der Knochen der Einwirkung des Extraktes.

6. Die Dosierungsmethode hatte keinen sichtbaren Einfluß auf die Erfolge der Behandlung bei sekundär-rezidivierender Lues, während bei tertiärer mit den geringen Dosen günstigere Resultate gezeitigt wurden als mit den hohen.

Digitized by Google

Gaspar Vianna †.

Einer der jüngsten und zugleich erfolgreichsten Forscher auf dem Gebiete einiger bis vor kurzem noch wenig durchgearbeiteter Tropenkrankheiten ist am 14. d. J. nach kurzem Krankenlager infolge einer im Berufe akquirirten Infektion gestorben. Seine Arbeiten, welche auch ganz besonderes dermatologisches Interesse darbieten, sind den Lesern unserer Wochenschrift aus den hier niedergelegten Sitzungsberichten der Dermatologischen Gesellschaft in Rio de Janeiro bekannt (vgl. Bd. 57, 1913).

Prof. Dr. Gaspar Vianna wurde geboren am 11. Mai 1885 und machte sein Staatsexamen im Jahre 1909, worauf ihm als bevorzugtem Schüler von Prof. Herm. Dürck (jetzt in München) die Assistentenstelle an dem berühmten tropenmedizinischen Institute Oswaldo Cruz in Rio de Janeiro übertragen wurde. Bereits seine Doktorarbeit hatte Aufsehen erregt und seine weiteren Publikationen berechtigten zu den kühnsten Hoffnungen. Die von ihm inaugurierte erfolgreiche Behandlung der in Brasilien endemisch herrschenden und bislang als unheilbar gegoltenen Leishmaniosis mittels endovenöser Infusionen von Tartarus emeticus machten ihn auch in der alten Welt bekannt und sie ist allem Anscheine nach eine der segensreichsten therapeutischen Leistungen der Gegenwart. Hieran reihen sich seine Arbeiten über die Ätiologie und — vollständige und rasche Heilung des Granuloma ulcerosum tropicale, sowie über Blastomykose. Eine seiner hervorragendsten Leistungen ist ferner die genaue Erforschung der pathologischen Anatomie einer von Carlos Chagas in Brasilien entdeckten Trypanosomiase, der sog. parasitären Thyreoiditis.

Auch die menschlichen Eigenschaften des jungen Gelehrten, der eben in eine glänzende Position als Chef des pathologischen Institutes zu Rio de Janeiro eintreten sollte, werden von seinen Freunden als ganz außerordentliche bezeichnet.

J. H. Rille.

Versammlungen.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Sitzung am 16. Januar 1914.

Über eine neue Reaktion der Fette (reazione cromocrisoidinisa) und über Fette der Haut im allgemeinen, von L. Martinotti-Modena. Die Aminoazobenzole besitzen eine besondere Affinität für die Fette der Gewebe und ferner die sonderbare Eigenschaft, wenn sie mit einer oxydierenden Substanz vereinigt werden, die genannten Fette unlöslich zu machen. Die Substanz, die sich in dieser Beziehung am besten eignet, ist das Krisoidin (m-Diamidoazobenzolchlorhydrat = Chlorhydrat des Phenylazo-m-Phenylendiamins); als oxydierende Substanz dient am besten die Chromsäure oder ein Bichromat. Die verschiedenen Bichromate besitzen besondere Affinitäten für die Fette, die von den verschiedenen Elementen der Haut erzeugt werden, und finden bei dem Nachweis derselben besondere Anwendung.

Die Reaktion wird folgendermaßen ausgeführt: Auf die in Formol fixierten Hautschnitte läßt man eine 1%ige wäßrige Krisoidinlösung während 5—10 und mehr Minuten einwirken, man spült danach kurz in Wasser und läßt dann eine 10%ige wäßrige

Digitized by Google

Lösung von Chromsäure oder von Kaliumbichromat während einer Minute einwirken, spült in Wasser und behandelt mit absolutem Alkohol, Benzol, Xylol und Balsam. Die Fette der Gewebe sind unlöslich gemacht und bräunlich-gelb gefärbt, und zwar mit verschiedenem Ton je nach der Art des Fettes und der Intensität der Reaktion.

Die Fixierung, die auf diesem Wege erzielt wird, ist für die Fette des Unterhautgewebes nicht stabil, für die Eleidinderivate dagegen sozusagen stabil.

Sitzung am 18. Februar 1914.

Ein Fall von wahrem und echtem Hermaphroditismus bei einem Manne (mit Demonstration von Präparaten), von G. Sinigaglia-Modena. Der Mann litt an Hernia inguinalis der rechten Seite mit Hodenretention; bei der operativen Öffnung des Bruchsackes fand man ein Gemisch von Organen, die sich makroskopisch nicht erkennen ließen; das Ganze wurde exstirpiert, nur bei der mikroskopischen Untersuchung fand man, daß es sich um einen Ovotestis, eine Epididymis, eine Tuba, ein Vas deferens und einen atrophischen Uterus handelte. An der linken Seite war ein normaler, wohlfunktionierender Hoden vorhanden.

Tertiärsyphilitisches Fieber und syphilitischer Morbus Potti, von G. Cappello-Venedig. (Gazetta degli ospedali e della Cliniche, 1914, Nr. 20.) Verf. beschreibt zwei Fälle, in denen tertiärluetische Manifestationen (Morbus Potti dorsalis in dem einen, Pseudorheumatismus im anderen) von intermittierendem Fieber begleitet waren, das mehrere Monate dauerte. In dem einen wurde es durch Hg und Jod beseitigt, im zweiten genügten die Mittel nicht, während sich Salvarsan intravenös wirksam erwies.

K. Rühl-Turin.

R. Accademia Medica di Genova.

Sitzung am 2. und 16. Februar 1914.

C. Trevisanello beschreibt einen Fall von **Erythema multiforme,** in dem aus der Flüssigkeit einiger Bläschen (?) und aus dem Blute der Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur gezüchtet werden konnte. Der Keim erwies sich für Meerschweinchen und Mäuse pathogen. Die Krankheit verlief mit hohem Fieber.

E. A. Delfino beschreibt einen Fall von **Fibromyom des Präputiums,** das sich auf der Narbe eines luetischen Schankers entwickelte. K. Rühl-Turin.

Accademia di Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Sitzung am 26. März 1914.

C. Minerbi berichtet über eine von ihm entdeckte **charakteristische tinktorielle Affinität des Neisserschen Kokkus.** Bei der Untersuchung von Präparaten aus Scheidenkatarrh, die er mit verdünnter Giemsa-Lösung gefärbt hatte, beobachtete er, daß sich Gonokokken blau färben wie das Zytoplasma der Lymphozyten, während sich die übrige Bakterienflora (saprophytische) wie die neutrophilen Granulationen der mehrkernigen Leukozyten violett färbte. K. Rühl-Turin.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Juni 1914.

Epidemische Alopecia areata, von Haldin Davis. D. hatte in den letzten Monaten Gelegenheit, eine Epidemie von Alopecia areata, die in einer Waisenanstalt

Digitized by Google

von 300 Insassen, ausschließlich aus Mädchen im Alter unter 14 Jahren bestehend, vorkamen, zu beobachten. März 1913 wurde die Alopezie zuerst unter einigen der Pfleglinge beobachtet, ohne daß man ihr besondere Aufmerksamkeit schenkte, allmählich nahmen die Fälle aber zu, bis im Juni deren nicht weniger als 174 mit Einschluß von zwei Pflegemüttern und einer Dienerin vorhanden waren. Nun erst wurden energische Maßnahmen ergriffen: die am stärksten affizierten Patienten wurden isoliert, die Köpfe zweimal täglich mit Methylspiritus-Seifenlösung gewaschen und eine Naphthol-Schwefelsalbe eingerieben. Nach dem Monat August waren keine frischen Fälle mehr zu konstatieren und im Oktober alle geheilt. März 1914 trat wieder ein neuer Fall auf und innerhalb 8 Tagen waren bereits wieder 30 Fälle von Alopecia areata in der gleichen Anstalt vorhanden. Die Herde waren beim ersten Anblick ringwurmähnlich, aber es konnte bei wiederholter Untersuchung weder an den Haaren der affizierten Stellen noch an abgeschabten Stellen der Kopfhaut irgend ein Pilz gefunden werden; nicht übereinstimmend mit der gewöhnlichen Form von Alopezia waren die Herde nicht völlig kahl, sondern mit Haarstümpfen bedeckt, die ganz nahe der Hautoberfläche abgebrochen und nicht leicht auszuziehen waren (wie bei gewöhnlicher Alopezia) oder abbrachen (wie bei Ringwurm). Die Behandlung bestand diesmal in täglichen Waschungen, mit Jodbepinselung der affizierten Stellen kombiniert, und hatte bemerkenswert raschen Erfolg, so daß nach 6 Wochen die Epidemie völlig erloschen war. Es kann wenig zweifelhaft sein, daß irgend eine Infektion die Ursache derselben war, zumal nur damit die rasche Ausbreitung erklärt werden konnte. Auch an die Möglichkeit einer toxischen Ursache wurde gedacht, aber genauere Nachforschungen ergaben keinerlei Anhaltspunkte für die Aufrechterhaltung einer solchen Hypothese. Die Raschheit, mit welcher die Epidemie auf Jodbehandlung zurückging, beweist, daß es sich um eine ganz oberflächliche Infektion handelte, die in ihrer Art völlig verschieden von den Ringwurmformen ist. Vielleicht ist der Infektionserreger in der merkwürdig opaken Schwellung, welche oft an den peripheren Enden der Haarstümpfe beobachtet wurde, enthalten, D. gelang es aber nicht, irgend einen bestimmten Keim nachzuweisen. Dieses rasche Erlöschen der Epidemie wird auch in den Berichten von zwei ähnlichen Alopeziaepidemien, die Bowen (1884) und Colcott Fox (1912) beobachteten, erwähnt; ebenso ist darin Übereinstimmung vorhanden, daß nur in Mädcheninstituten solche Epidemien vorkamen. Was schließlich die Bezeichnung betrifft, so gibt D. zu, daß man unter Alopecia areata nur die fleckenförmige Kahlheit versteht, in den vorliegenden Fällen aber die kahlen Flecke mit kurzen Haarstümpfen bedeckt waren, trotzdem möchte er die Bezeichnung „epidemische Alopecia areata" als die passendste erklären. Stern-München.

Dermatologia.

(Russische Monatsschrift.)

1914, Bd. 3, Nr. 5.

1. Zur Frage der Streptodermien, von Schiperskaja. Die bakteriologische Untersuchung des Inhalts von Eiterpusteln und eiternden Knötchen ergab unter 234 Fällen von Streptodermie in 61 Fällen, d. h. in 26%, eine Reinkultur von Streptokokken, darunter in 51 Fällen den Streptococcus longus und in 10 den Streptococcus mitior, in 22 Fällen, resp. in 9%, das gleichzeitige Vorkommen von Strepto- und Staphylokokken, wobei letztere überwogen, in 18 Fällen, resp. in 8%, das Vorkommen von Strepto- und Staphylokokken in gleicher Menge, in 9 Fällen, resp. in 4%, das Vorwiegen von Staphylokokken über die gleichzeitig vorhandenen Streptokokken, während in je einem Fall der Streptokokkus zusammen mit dem Bazillus der Nekrose, resp. zusammen mit dem Kryptokokkus vorkamen.

Digitized by Google

Die Krankheiten, wo sich nur Streptokokken fanden, waren: Impetigo vulgaris. Impetigo pyaemica, Ecthyma simplex, Prurigo, Pyodermitis, Folliculitis nuchae, Dermatitis bullosa (Krzysztalowicz), Pemphigus neonatorum, Acrodermatitis pustulosa.

2. Über die syphilitische Hautreaktion mit dem Nogouchischen Luetin, von Perkel. Unter 81 Fällen von Syphilis in verschiedenen Stadien wurde eine positive Luetinreaktion in 26 Fällen, d. h. in 32% erhalten, eine positive WR dagegen in 52 Fällen, resp. in 64,2%, somit doppelt so oft wie erstere. In 15 Fällen nicht syphilitischer Natur fiel sowohl die eine, wie die andere Reaktion negativ aus.

3. Über die Anwendung des Adrenalin nach Salvarsaninjektionen, von Schwartzmann. Verfasser rät in allen den Fällen, wo nach der Salvarsaninfusion ein Stauen des Blutdruckes auftritt, Adrenalin zu geben. Dieses ist schon im Jahre 1912, auf seinen Rat von Dr. Perkel angewandt und der betr. Fall auch im Novemberheft 1912 der Ann. des mal. vénér. beschrieben worden. Es gebührt somit ihm vor Dr. Milian die Priorität.

4. Eine praktische Bemerkung über eine bequeme und billige Verordnung von Medikamenten bei Entzündungen des Harnkanals, von Fraenkel. Der Bequemlichkeit und größeren Billigkeit wegen empfiehlt Verfasser beim Tripper das Albargin und Perhydrol in 10%iger, das Hg oxycyanat. und Kalium permanganatum in 5%iger Konzentration zu verschreiben, wovon der Kranke dann 7—8 Tropfen von den ersteren Lösungen und 14—15 Tropfen von den letzteren zu einem Glase gekochten Wässers träufelt und die zur Einspritzung nötige Lösung sich somit billig und schnell selbst herstellen kann.

5. Ein Fall von schwerer Dermatitis mercurialis, von Petrow. Gleich Iwanow und Jordan beobachtete auch P. nach einer Einreibungskur bei einer 30jährigen Frau (nach der 26. Einreibung von je 3.0 Ung. hydr. cinerei e mollino par.) eine schwere, allgemeine Dermatitis, die von Trockenheit im Munde, Durstgefühl, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und hohem Fieber begleitet war. Nach einem Monat genas die Kranke.

Arthur Jordan-Moskau.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. 27, April 1914.

1. Zur Frage der Trichophytie und des Favus in Bessarabien, von Mgebrow. Verfasser hat im Jahre 1913 in Kischinew 176 Fälle von Trichophytie und Favus zu Gesicht bekommen, von denen 157 aus Kischinew und 19 aus dem Gouvernement Bessarabien stammten, davon betrafen 151 Juden und 25 Christen. Die Lokalisation dieser Erkrankungen war in 170 Fällen auf dem behaarten Kopf, in 3 Fällen auf der Wange, in 2 auf dem Körper und in einem im Bart. Die mikroskopische und kulturelle Untersuchung ergab das Vorhandensein von Microsporum lanosum in 15,4%, von Trichophyton asteroides (gypseum) in 1,2%, von Trichophyton crateriforme in 4,5%, von Trichophyton umbilicatum in 1,2%, von Trichophyton violaceum in 50,5% und von Achorion Schönleinii in 27,2%. Während in Frankreich das Trichophyton crateriforme und acuminatum am häufigsten beobachtet werden, kommt in Bessarabien, ebenso wie in dem benachbarten Rumänien, das Trichophyton violaceum am häufigsten vor. In klinischer Hinsicht verlief die Trichophytie in 48 Fällen als pityriasiformis, in 21 Fällen als erythematosquamosa, in 16 Fällen als impetiginosa und in 4 Fällen als Kerion. Der Favus dagegen verlief in 23 Fällen als scutulatus, in 10 Fällen als impetiginosus und in 15 Fällen als pityriasiformis.

2. Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von Brotmann. Der zweijährige Patient des Verfassers wies auf der Haut des Körpers, aber auch des Gesichtes und der Extremi-

Digitized by Google

täten dunkelrote und gelblichbraune Flecke, Pigmentationen und Blasen auf, welche bei ihm im ersten Monat seines Lebens begonnen hatten und mit Jucken einhergingen.

3. Zur Frage des für Syphilis spezifischen Charakters des von H. E. Rossi beschriebenen, intrazellulären Parasiten, von Kakuschkin. Die Untersuchung von 61 Fällen (32 von Lues, 29 von Hautkrankheiten) in der von Rossi angegebenen Weise ergab sowohl in einigen Fällen der ersten, wie der zweiten Gruppe das Vorhandensein des Rossischen Parasiten, so daß derselbe nicht als spezifisch für Lues angesehen werden kann.

4. Die Pathologie und der augenblickliche Stand der Therapie der intraurethralen Follikulitiden, von Bogrow. An der Hand eines einschlägigen Falles und unter genauer Berücksichtigung der Literatur bespricht Verfasser die Pathologie und Therapie der intraurethralen Follikulitiden. Am besten hat sich ihm die Massage über glatten, kurzen Bougies bewährt. Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Grundriß der Dermatologie, von J. Darier. Autorisierte Übersetzung aus dem Französischen von K. G. Zwick. Mit Bemerkungen und Ergänzungen von J. Jadassohn. (J. Springer, Berlin 1913.) Dariers 1909 erschienenen Précis de Dermatologie in dieser Zeitschrift nicht angezeigt zu haben, empfindet Referent als eine persönliche Schuld. Um so lebhafter ergreift er die Gelegenheit, auf das vorliegende Werk, eine vollendete Übersetzung des Darierschen Grundrisses, die Aufmerksamkeit der dermatologischen Kreise zu lenken. In dem Vorwort setzt Jadassohn auseinander, welche Gründe ihn bestimmt haben, die Übersetzung mit Bemerkungen und Ergänzungen unter Zustimmung von Darier zu versehen.

Nach berühmtem Vorbild ist uns so ein Darier-Jadassohn beschert worden. Ein literarisches Ereignis, dessen Reiz und Bedeutung von selbst erhellen. Die Lebenserfahrung eines Jadassohn auf seinem Arbeitsfelde, gemessen an dem literarischen Niederschlag der klinischen Anschauung des Histopathologen der französischen Dermatologie.

„Dieses Buch wendet sich an den Studierenden der Medizin, welcher die klinischen Vorlesungen über Hautkrankheiten besucht, und an den praktischen Arzt, der verblaßte Erinnerungsbilder aufzufrischen wünscht." Kenntnisse und Wünsche der französischen Studierenden dürften die entsprechende deutsche Höhe nicht überschreiten. Dariers Grundriß ist kein Buch für Studierende. Er wendet sich an den fertigen Dermatologen, welcher die ungeheure Fülle ungelöster Probleme seines Faches begreift, die Sturm- und Drangjahre hinter sich hat, auf keine Schule eingeschworen ist und das eigene Wissen abwägt, haltmachend an den Grenzpfählen, welche zwei Führer überall errichtet haben.

Darier gliedert den Gesamtstoff in zwei Teile. In dem ersten Teil des Buches (22 Kapitel) beschreibt er die dermatologischen Grundformen: die eruptiven Elemente (= Effloreszenzen) und die Hautveränderungen, welche „nicht eruptiver" Natur sind. Mit der Beschreibung jeder derselben verbindet er die der hauptsächlichen Symptomenkomplexe „Syndrome", in welchen die Grundformen als Symptome auftreten. Zu den nicht eruptiven Dermatosen zählen die Verfärbungen der Haut, Atrophie usf.

Der die dermatologischen Grundformen bedingende anatomische Prozeß wird klar und energisch entwickelt.

Der zweite Teil des Buches beschäftigt sich mit der Nosographie der Hautkrank-

Digitized by Google

heiten (7 Kapitel). „Darier läßt hier die eigentlichen Hautkrankheiten, die Krankheitsindividuen mit bestimmter Ätiologie, Revue passieren. Artifizielle Dermatitiden, Neurodermatosen (Pruritus- und Prurigo-Erkrankungen), parasitäre Dermatosen, infektiöse Dermatosen-Pyodermien, bazilläre infektiöse Dermatosen, Dermatomykosen, Infektionskrankheiten, die durch Spirochäten (Treponemen) und analoge Mikroorganismen veranlaßt werden, Tumoren der Haut. — Mit den Neurodermatosen wollte Darier eine Gruppe von Affektionen bezeichnen, „welche, wenn sie nicht einer gemeinsamen Ursache entspringen, doch wenigstens alle das gleiche Symptom ganz allgemeiner Natur aufweisen: den „essentiellen" Pruritus auf nervöser Basis, der uns als die sekundäre Ursache der Hauterscheinungen entgegentritt".

Bei den „wohldefinierten" Krankheiten werden die Tumoren untergebracht, weil ihre Ätiologie meistens unbekannt ist. Das ist das einigende Moment. Die offenkundigen Lücken des ganzen Systems, deren Schwierigkeiten Darier sich voll bewußt ist, werden noch mehr beleuchtet durch den einzig möglichen Ausweg, so häufige und gut charakterisierte Dermatosen, wie den Lichen, die Psoriasis, das Ekzem, weil sie in ihrer Ätiologie noch völlig ungeklärt sind, als Syndrome vorderhand unterzubringen.

Trotz alledem muß das Ergebnis der Darierschen Einteilung mit Jadassohn als theoretisch interessant, als praktisch-didaktisch wertvoll bezeichnet werden.

In welch bestechender Form Hypothesen von heuristischem Wert, ohne welche keine naturwissenschaftliche Arbeit sprungweise weiterkommen kann, mit exakten pathologisch-anatomischen und klinischen Beobachtungen vereinigt werden, geht so recht aus dem Kapitel über die Neurodermatosen hervor. — Die artifiziellen Dermatosen werden begrifflich sehr weit gefaßt. Unter ihnen versteht Darier die Entzündungen infolge der schädigenden Einwirkung mechanischer, physikalischer oder chemischer Ursachen. So fallen auch die Toxidermien inneren Ursprunges in dieses Kapitel. — Man beachte die gedrängten Ausführungen über Prädisposition und Idiosynkrasie.

Zu kurz sind die Kapitel über die Tumoren und die Tuberkulide geraten. Für den Anfänger mit die schwierigsten. Hier mag die Bescheidenheit der beiden Verfasser schuld sein, welche diese Gebiete richtunggebend beeinflußt haben.

In einem Anhang bringt Darier therapeutische Notizen: „Seit langer Zeit bin ich davon überzeugt, daß man in der dermatologischen Praxis mit einer sehr beschränkten Zahl von Methoden, Heilmitteln und Rezepten erfolgreiche Therapie treiben kann. Anstatt mit nutzloser Polypragmasie Versuche zu machen, wird man, meiner Ansicht nach, bessere Resultate erzielen, wenn man sich, vorausgesetzt, daß man seinen Arzneischatz beherrscht, an erprobte Mittel, Zusammensetzungen und Methoden hält, deren Wirkungen man kennt und welche durch die Erfahrung sanktioniert sind."

Angesichts dieses Standpunktes interessiert um so mehr die in Dariers Hand bewährt befundene Rezeptur.

Der Darier-Jadassohn will nach einem viel gebrauchten Wort studiert sein. Ein Werk, welches — nicht zuletzt zwischen den Zeilen — zu immer neuen Fragestellungen den Leser zwingt. Keine Polemik stört den Genuß der Lektüre. Wie sollte es auch anders sein bei Verfassern, welche die wirklichen Leistungen auf unserem Gebiet stets und überall schnell begriffen haben, unbekümmert um alle Opposition, welche diesen oft genug in der eigenen Heimat gefolgt ist. Delbanco.

Handbuch der Röntgentherapie. Anhang: Die Radiumtherapie, von Dr. med. Joseph Wetterer. (Otto Nemnich, Leipzig 1914.) Die zweite, vielfach verbesserte Auflage dieses ausgezeichneten Handbuchs ist erschienen. Infolge der bedeutenden Verstärkung des Textes wurde eine Teilung in zwei Bände notwendig, wodurch das Werk an Handlichkeit bedeutend gewonnen hat. Der „Wetterer" ist allen Röntgentherapeuten

Digitized by Google

als unentbehrliches Nachschlagewerk lieb geworden. Keine Frage aus dem heutzutage schon schwer zu übersehenden Gebiet der Röntgenbehandlung bleibt unbesprochen. Fast alle Kapitel sind neu bearbeitet und ergänzt. Aus allen spricht die eigene große Erfahrung des Verfassers. — Eine Menge neuer, bunter Abbildungen und vorzüglicher Photographien ist hinzugekommen. Es würde zu weit führen, auch nur oberflächlich auf alle Vorzüge der neuen Auflage hinzuweisen. Die Primitivmethode ist heutzutage wohl aus den meisten Röntgeninstituten verschwunden. Daß dies der Fall ist, ist wohl in nicht geringem Maße ein Verdienst des Wetterer'schen Handbuchs zu nennen.

Die Vorzüge der alten Auflage sind geblieben: eine klare, fesselnde Sprache, ein knapper und doch erschöpfender Text, eine vornehme Ausstattung. Die Tiefentherapie findet entsprechend ihrer weiten Verbreitung und großen Bedeutung eine ausführliche Besprechung. Verwiesen sei noch auf die Verwendung von stark filtrierten Strahlen bei vielen Hauterkrankungen. Neu hinzugekommen ist auch ein Register, welches die Auffindung der einzelnen Erkrankungen sehr erleichtert. Mit Ausnahme der Röhrenabbildungen sind die farbigen Bilder sehr instruktiv, der Druck ist sehr angenehm. Das Literaturverzeichnis gibt einen Begriff von der großen Sorgfalt und Gründlichkeit des Verfassers.

Kein Arzt, der sich mit Röntgentherapie beschäftigt, kann heutzutage ohne dieses vortreffliche Buch auskommen. Paul Unna jr., Hamburg.

Hamburgische medizinische Überseehefte, von L. Brauer und C. Hegler-Hamburg. Jahrg. I, Nr. 1. (M. Buchhandl. H. Kornfeld-Berlin W 35.) Die Aufgabe der „Hamburger medizinischen Überseehefte" soll es sein, den im Auslande tätigen Kollegen durch Originalartikel, Übersichtsreferate, Besprechungen u. a. m. einen kritischen Überblick über das in Deutschland auf medizinischem Gebiete Geleistete zu geben, weiterhin aber auch einen geistigen Austausch zwischen den überseeischen Ärzten und den heimischen medizinischen Forschungsinstituten dadurch zu vermitteln, daß sie die in Auslandspraxis und in überseeischen Instituten erzielten Ergebnisse, Beobachtungen und Erfahrungen zur Veröffentlichung bringen. Die Überseehefte sollen ferner in verschiedener Form Nachrichten, Anfragen, Anregungen von überseeischen Ärzten teils zur Diskussion stellen, teils beantworten. Auf diese Weise soll ein Austausch von Erfahrungen auch zwischen den einzelnen überseeischen Arbeitsgebieten untereinander angebahnt werden.

Unna gibt in diesem Hefte die Anregung, auf die Art der Verbreitung der Lepra die Aufmerksamkeit zu richten, besonders inwieweit die Anschauung Armauer Hansens, nach der eine direkte Ansteckungsfähigkeit der Lepra vorhanden ist, zu Recht besteht. Auf Unnas Veranlassung sollen in den nächsten Heften ältere und neuere Tatsachen, die die Ätiologie der Lepra betreffen, veröffentlicht werden, um als Material für eine künftige Entscheidung in dieser Frage verwandt zu werden. Peyser-Harburg.

Handbuch der venerischen Krankheiten und Syphilis. (Nauka o nemocech venerických a přijičných), von V. Janovský. I. Teil, 368 S. Fr. Šamberger: Dermatologie I. (Allgemeiner Teil. Dermatolog. Propädeutik). (Dermatologická propaedeutika.) 232 S. (1914, „Unie"-Prag). Die böhmische wissenschaftliche Literatur in der Dermatologie und Syphilodologie wurde in letzter Zeit durch zwei gute Lehrbücher bereichert. Der Gründer der böhmischen dermatologischen Schule V. Janovský bearbeitete die Geschlechtskrankheiten, sein Schüler Šamberger übernahm die schwere Aufgabe, eine moderne Dermatologie zu schreiben. Die Vielseitigkeit ist der Vorzug der wissenschaftlichen Literatur kleiner Völker — wie leicht begreiflich. Auch das Lehrbuch Janovskýs zeigt eine vollkommene Beherrschung der Literatur, sie ist einzig — und wird sicher auch vielen, nicht nur seinen Schülern bekannt. Die reichlichen Er-

Digitized by Google

fahrungen eines 40 Jahre arbeitenden Venerologen, stilistisch meisterhaft verarbeitet, sind der Inhalt des Buches. Beginnend mit einer klaren Schilderung der anatomischen Verhältnisse der Geschlechts- und Harnorgane, gibt der Verfasser eine historische Übersicht und zergliedert den Stoff auf Grundlage der modernen Begriffe der pathologischen Anatomie, wie dies besonders von Finger, Ghon, Schlagenhaufer, Fürbringer u. a. gestellt wurde. Die Lehre von der Blennorrhoe ist ins Detail ausgearbeitet und doch finden wir nirgends eine Weitschweifigkeit; die pathologisch-anatomische Basis ist klar geschildert, der klinische Teil plastisch dargestellt, die einzelnen Komplikationen sind erschöpfend zusammengestellt. Sehr willkommen ist die eingehende Schilderung der Endoskopie, auf einigen Seiten alles vorführend, was mit dem neuesten Instrumentarium, angrenzend an die Urologie, geleistet werden kann. Der therapeutische Teil ist für den praktischen Arzt und den Schüler der wertvollste des Buches, wie er auch jedem Fachmann als Richtschnur therapeutischer Maßregeln dienen kann. Die große, jahrelange Erfahrung bedingt, daß nur in längerer Zeit erprobte therapeutische Maßnahmen empfohlen werden. Es gibt keine Lehre und Schule, die der Verfasser kritisch und nach ihrem Verdienst nicht werten möchte. Gleich methodisch und klar sind die Kapitel über die Blennorrhoe des Weibes, über Vegetationen, wo besonders die moderne Ansicht über Ätiologie und Histologie interessant ist, und endlich der Teil über den weichen Schanker und Bubonen.

Das Buch ist ganz von modernem Geiste durchweht und gibt ein volles Bild der Lehre von den venerischen Krankheiten auf Grundlage der neuen auf pathologisch-anatomischer und ätiologischer Forschung aufgebauten Erfahrungen.

Wenn wir im Buche Janovskýs ein in sich abgeschlossenes, gefestigtes Werk erblicken, welches seine klassische Lebenserfahrungen dokumentiert, so sehen wir in dem Buche Šamberger's die Arbeit eines regsamen frischen Arbeiters, dessen unermüdliche Arbeitsfreudigkeit ihn zu schönen Resultaten führt. Die Art, in welcher der propädeutische Abschnitt geschrieben ist, ist sehr instruktiv. Sie lehrt den Leser erst faktisch unter erfahrener Führung die Haut zu betrachten. Die Betrachtung der Hautkrankheiten erfordert ein künstlerisch geschultes Auge, einen richtigen Blick, verbunden mit dem durch die Erfahrung geschärften Intellekte und ein gewisses Maß von Phantasie. Dazu gesellt sich für gewisse Fälle noch eine feinere Durchbildung des Tastsinnes. Die Art, eine pathologische Effloreszenz in ihrer Tiefe und Konsistenz in der Schattierung der Farben zu beurteilen, ist ein wichtiger Behelf in der Diagnose der Dermatologie. Jedes Buch, welches diesen vorbereitenden Zweck hat, macht dem Lernenden unsere Wissenschaft zugänglicher und erfüllt so seine Aufgabe gut. Šamberger löste diese Aufgabe vorzüglich. Daß Šamberger sein Buch interessant zu machen verstand und seine Darlegungen vorzüglich stilisierte, ersieht man gleich an den ersten Kapiteln über die Anatomie und Physiologie der Haut, deren Schilderung bei der Sprödigkeit des Stoffes und bei der in anderen Lehrbüchern herrschenden Trockenheit des Stoffes, hier eine fesselnde ist. Einzelne Partien sind vom Grunde aus detailliert und durchgearbeitet von ganz besonderem manchmal durch seine Neuheit überraschendem Standpunkte. Das Kapitel über die Entzündungen ist sehr beachtenswert. Dieses Thema, zu einer Lawine gewachsen unter den Händen sich gegenseitig bekämpfender Theoretiker, beherrscht Šamberger mit fester Hand; es ist mit bewundernswertem Scharfsinn bearbeitet. Diese Eigenschaften sind auch in allen weiteren Kapiteln, wie z. B. in dem Teil über Hautjucken und dem Kapitel über Atrophien ersichtlich. Seine originale Invention gipfelt in dem zusammenfassenden System der Hautkrankheiten, wo sich der Verfasser bemüht, auf Grund der modernen Pathologie eine Einteilung zu treffen, welche sich nur teilweise an Hebras System anlehnt. Das System stellt Šamberger folgendermaßen auf:

Digitized by Google

I. Klasse: Anomaliae circulationis sanguinis. II. Klasse: Anomaliae circulationis lymphae. III. Klasse: Haemorrhagiae cutaneae. IV. Klasse: Inflammationes cutaneae. V. Klasse: Neoplasmata. VI. Klasse: Hypertrophiae cutis. VII. Klasse: Atrophiae cutis. VIII. Klasse: Degenerationes cutis. IX. Klasse: Nekroses cutis. X. Klasse: Dermatoses parasitariae. XI. Klasse: Laesiones functionis cutis.

Die Begründung und Einteilung in diese Klassen wollen wir erst bei dem speziellen Teil der Šamberger'schen Dermatologie besprechen. Dr. T.

Über Halluzinosen der Syphilitiker, von Felix Plaut-München. (Verlag von Jul. Springer, Berlin 1913.) Die Frage, ob es — abgesehen von den bei Lues cerebri vorkommenden Benommenheitszuständen — „der syphilitischen Pseudoparalyse und einfachen syphilitischen Schwachsinnsformen —" eigentliche syphilitische Psychosen gibt, ist auch heute noch unentschieden; denn die auf diese Ätiologie bezogenen psychotischen Zustände zeigen nichts Einheitliches, können vielmehr fast alle bekannten psychiatrisch klinischen Bilder darbieten und lassen stets auch die Frage offen, ob und inwieweit endogene Faktoren bei ihrem Zustandekommen beteiligt sind.

Plaut versucht in der vorliegenden Arbeit der syphilitischen Ätiologie gewisser paranoider Psychosen mit Halluzinationen, die er als Halluzinosen bezeichnet, näher zu treten. Er bespricht zunächst die neuen Hilfsmittel für die Diagnose der Hirnsyphilis: 1. die WR im Blute, die zwar bei Lues cerebri in den meisten Fällen positiv ist, deren positiver Ausfall aber nur das Vorliegen einer Lues und nichts speziell für die Affektion des Nervensystems beweist. 2. Die WR im Liquor, die hier — im Gegensatz zu dem stark positiv reagierenden Liquor bei Paralyse — nur mit der Hauptmann'schen Auswertungsmethode, dann aber anscheinend auch in der Mehrzahl der Fälle positive Resultate ergibt, und das wertvollste diagnostische Merkmal für die Lues cerebri darstellt. 3. und 4. Die Pleozytose und Nonnes Phase I, deren diagnostische Bedeutung für die Lues cerebri wesentlich geringer ist.

Davon ausgehend, daß unter den bisher als Tabes und Paralyse rubrizierten Krankheitsfällen syphilitische Psychosen zu finden sein müßten, bespricht Plaut die Fragen der Gehörstäuschungen bei Paralyse und Tabespsychosen. Bezüglich der ersteren kommt er zu dem Schluß, daß distinkte Gehörstäuschungen mit Klarheit des Bewußtseins bei der Paralyse eine seltene Erscheinung seien. Die Tabes-Psychosen sind zwar gewöhnlich als zufällige Kombinationen von Tabes und Psychose aufgefaßt worden; eine Beziehung der Psychose zu hirnluetischen Prozessen anzunehmen, liegt aber schon deshalb nahe, weil Hirnnervensymptome bei der Kombination von Tabes und Psychose sich weit häufiger finden als bei der Tabes geistig Gesunder.

Plaut berichtet sodann mit ausführlichen Krankengeschichten über verschiedene Fälle von akuten Formen solcher Halluzinosen, für die er eine luetische Ätiologie annehmen zu müssen glaubt. Überall handelt es sich um — akut oder subakut aufgetretene — ängstliche, paranoisch-halluzinatorische Erregungszustände ohne wesentliche Bewußtseinsbetäubung. In allen Fällen war Lues vorausgegangen (WR im Blute positiv), fast in allen Fällen sprachen Liquor und neurologischer Befund für eine Lues des Nervensystems.

Auch bei den chronischen Formen von Halluzinose, die der Verfasser auf Lues zurückführen will, und von denen er ebenfalls einige Fälle ausführlich mitteilt, handelt es sich um Sinnestäuschungen, und zwar hauptsächlich Gehörstäuschungen mit Wahnideen meist im Sinne des Verfolgungswahnes. Bemerkenswert ist dabei, daß fast stets Krankheitsgefühle, mitunter sogar auch Krankheitseinsicht vorhanden war, und nirgends ausgesprochener geistiger Verfall eintrat. Auch hier waren Zeichen von Lues, häufig auch solcher des Nervensystems vorhanden; doch sind die ätiologischen Beziehungen der

Digitized by Google

psychischen Störungen zur Lues hier noch viel weniger sicher fundiert als in den akuten Fällen. Noch unsicherer ist die luetische Genese der „syphilisverdächtigen Halluzinosen im Senium", von denen Plaut im Anhang drei Beobachtungen mitteilt. Es handelt sich hierbei um akustische Halluzinationen im Senium mit Verfolgungswahn ohne systematisierten Aufbau mit geordnetem Verhalten und ohne Einbuße der körperlichen und geistigen Rüstigkeit. Lasch-Breslau.

Paul Ehrlich, Eine Darstellung seines wissenschaftlichen Wirkens. Festschrift zum 60. Geburtstagn des Forschers (14. März 1914). Verlag von Gustav Fischer, Jena 1914. Die Herausgeber — sämtlich Schüler und Mitarbeiter Ehrlichs — haben, wie sie selbst betonen, kein Hand- oder Lehrbuch dem genialen Forscher als Geburtstagsgabe bringen wollen. Sie wollten die Bedeutung Ehrlichs zeigen, indem sie die einzelnen großen Forschungsgebiete in fünf große Gruppen von Arbeiten zusammenfaßten.

Jede dieser Gruppen ist von einem Vorwort eingeleitet, welches einen Überblick gibt über das, was auf Ehrlichs Anregung hin seine Mitarbeiter auf den einzelnen Spezialgebieten geschaffen haben. Den Abschluß des Ganzen bildet ein Literaturverzeichnis, das nur Arbeiten von Ehrlichschen Mitarbeitern enthält, und das durch die Zahl der Veröffentlichungen und die Namen der Autoren fast ehrfurchtgebietend stimmt. Als Einführung der ganzen Festschrift dient eine kurze Beschreibung von Ehrlichs Lebenswege, seinem Streben und Werden, eine knappe Skizzierung des von ihm Erreichten von Geheimrat A. von Weinberg in Frankfurt a. M., aus der wir nur kurz hervorheben wollen, daß Ehrlich seine große Entdeckung des Salvarsans ebenso wie seine anderen Erfolge nicht etwa einem Zufall oder einer plötzlichen Eingebung verdankt, sondern daß dieselben die Frucht logischer Gedankenarbeit von vier Jahrzehnten sind, und das Ergebnis der Fähigkeit, aus vielen mühevollen Beobachtungen allgemeine Wahrheiten zu folgern. Es zieht sich wie ein roter Faden durch alle Einleitungen zu den einzelnen Forschungsgebieten, auf denen Ehrlich bahnbrechend und anregend gewirkt hat, wie durch die einzelnen Arbeiten selbst, wenn es auch mit anderen Worten und anderen Bildern, aber stets in demselben Sinne gesagt wird, daß nicht Suchen und Probieren ins Blinde hinein, sondern bewußtes Zielen nach dem Zentrum stets Ehrlichs Arbeiten planmäßig geleitet hat. Der von Ehrlich aufgestellte Satz: „Corpora non agunt nisi fixata" ist das Prinzip, auf dem seine biologischen und biochemischen Untersuchungen wurzeln, um zum Schluß in seinem jüngsten Forschungsgebiet der Chemotherapie ihren vorläufigen Abschluß zu finden.

Wir wollen hier auf eine Besprechung der ersten vier großen Gruppen des vorliegenden Werkes: 1. Histologie und Biologie der Zellen und Gewebe, 2. Immunitätsforschungen, 3. Geschwulstforschungen, 4. Chemie und Biochemie nicht eingehen, und nur aus dem letzten Teile der Chemotherapie einzelnes herausgreifen.

Hier stammt der leitende Überblick von A. Neisser-Breslau, der schildert, wie Ehrlich zugleich mit anderen Forschern beim Studium der Arsenverbindungen durch logische Gedankenarbeit auf das Atoxyl kam, das aber wegen seiner hochtoxischen Eigenschaften verlassen werden mußte; und nun war es sein alleiniges Verdienst, den Grundgedanken zu erfassen und in die Tat umzusetzen, daß eben von der chemischen Struktur des arsenhaltigen Komplexes die therapeutische Wirksamkeit wie die Giftigkeit für den Organismus abhinge. Er fand, daß durch die Einführung von Schwefelsäuregruppen die Arsenderivate hochtoxisch wurden, während die Einführung von Essigsäure die Giftigkeit sehr verminderte, ohne daß das so gefundene Arsazetin, mit dem Neisser selbst sehr viel Versuche angestellt hat, von seiner Trypanosomen abtötenden Wirkung einbüßte. Als auch dieses Präparat noch zu toxische Eigenschaften zeigte, schloß Ehr-

Digitized by Google

LICH, daß die Arsenozeptoren der Parasiten nicht das fünfwertige, sondern nur das dreiwertige noch ungesättigte Affinitäten besitzende Arsen verankern könnten, und kam nun mittels seines „therapeutischen Siebens" über das Arsenophenylglyzin (Nr. 418) zum Salvarsan, dem Dioxydiamidoarsenobenzol, bei dem die Amidooxygruppierung die haptophore Gruppe, die Arsengruppe, die toxophore Gruppe und der Benzolrest quasi die Träger und das Bindeglied bilden.

In den nun folgenden Abschnitten behandelt NEISSER die auch an anderen Stellen von ihm und anderen Autoren sattsam betonten, segensreichen Wirkungen des Salvarsans, die er besonders in dem schnellen Verschwinden der Krankheitssymptome und in den vermehrten Chancen glücklicher Abortivkuren sieht; gleichwohl ist er weit entfernt davon, das Quecksilber verlassen zu wollen und verspricht sich von kombinierter Quecksilber-Salvarsantherapie die segensreichsten Folgen.

„Man behandle möglichst zeitig, möglichst energisch, individualisierend und ohne Optimismus in gewisser Weise chronisch intermittierend."

In den folgenden Arbeiten besprechen S. HATA und K. SHIGA die experimentellen Grundlagen der Salvarsanwirkung. Sie geben einen kurzen historischen Rückblick, wie man im SPEYER-Hause versuchte, unter den Arsenverbindungen diejenigen Substanzen zu finden, die möglichst wenig organotrop und möglichst stark parasitotrop sind, und wie man vom Trypanrot über Arsazetin usw. zum Salvarsan gelangte, das sich bei den Untersuchungen HATAS, CASTELLIS und sehr vieler anderer Mitarbeitenden beim Tierexperiment so bewährte, daß man damit vor die Öffentlichkeit treten konnte. Dann besprechen sie die Toxizität des Salvarsans und Neosalvarsans, die bei beiden Präparaten durch Oxydation enorm gesteigert wird, mit ausführlichen tabellarischen Beifügungen und gehen etwas ausführlicher auch auf den sog. Wasserfehler ein. Es folgt eine Schilderung der Wirksamkeit des Salvarsans bei verschiedenen Parasitenkrankheiten und der Wirkungsmechanismus des Salvarsans auf die Spirochäten. Hierbei sind besonders interessant die Versuche von CASTELLI und GONDER, welch letzterer mit dem Serum von mit Salvarsan behandelten Tieren Untersuchungen teils in vitro, teils im Tierkörper anstellte. Zum Schlusse der Arbeit betont HATA, daß Spirochäten nicht so leicht salvarsanfest werden als Trypanosomen.

BENARIO bringt unter dem Titel: „Klinische Erprobung des Salvarsans" auch eigentlich nur das, was er in den letzten drei Jahren an verschiedenen Stellen gesagt und beschrieben hat. Er betont mit Recht in der Einleitung, daß sich wohl kaum je in der Medizin ein Heilmittel so schnell die Welt erobert habe als das Salvarsan, und daß die anfangs so vielfach angefeindete Art der Einführung des Mittels, die er als „konzentrische Erprobung" bezeichnet, sich ganz besonders bewährt habe. BENARIO bespricht dann die Giftigkeit des Salvarsans infolge der Oxydation, dann den Injektionsmodus, den Wasserfehler, die Frage der Neurorezidive und versucht, die dem Salvarsan zur Last gelegten Todesfälle zu erklären. Er glaubt, daß dieselben meist als die Folgen HERXHEIMER-JARISCHscher Reaktion an lebenswichtigen Organen — speziell am Zentralnervensystem — zu deuten sind, wobei man allerdings die Grenzen dieser Reaktionen etwas weiter ziehen und auch an Spätreaktionen denken muß.

Im Anhang an seine Arbeit gibt BENARIO noch eine tabellarische Übersicht über die klinische Erprobung des Salvarsans bei den verschiedensten Krankheiten.

Was EHRLICH vor drei Jahren, als er seine Erfindung der Öffentlichkeit übergab, ausgesprochen hat: „Die Pfosten sind in den Grund getrieben, nun gilt es zu bauen das fertige Haus", ist nach BENARIOS Ansicht erreicht; der Bau ist vollendet.

Das sind strichweise Skizzen aus dem vorliegenden Werke, das uns nicht nur das Erreichte als höchstes Ziel EHRLICHS zeigen, sondern lehren soll, wie ein Großer durch

Digitized by Google

planmäßiges Fortschreiten auf eingeschlagenem Wege der Forschung immer neue Bahnen gewiesen hat und andere im gleichen Sinne zur Nacheiferung anspornen will.

Otto Lasch-Breslau.

Grundriß der gesamten Röntgendiagnostik innerer Krankheiten, von Fritz Munk. (Leipzig 1914, Georg Thieme.) Der vorliegende Leitfaden soll nicht allein dem Röntgenologen vom Fach lehrende Beispiele übermitteln, sondern auch dem Arzte, der kein Laboratorium besitzt oder technisch in einem solchen arbeitet, die Ergebnisse der Röntgendiagnostik vor Augen führen, damit er sich derselben bediene. Eine große Anzahl Originalaufnahmen ist neben dem Texte geeignet, den Zweck des Buches zu erfüllen. Der Verfasser hat in dem Werke den Weg eingehalten, der in der zweiten medizinischen Klinik in Berlin unter Kraus in den Lehrgängen, die die vorliegende Disziplin betreffen, betreten wird. Das Buch ist daher außerordentlich instruktiv, zumal die Illustrationen in akkurater Ausführung nichts zu wünschen übrig lassen. Für den Dermato- und Urologen kommt die Darstellung der blennorrhoischen und syphilitischen Gelenkerkrankungen sowie die Röntgenuntersuchung des Fernapparates mit Illustrationen von Konkrementen und Nierenbeckenerkrankungen in Betracht. Peyser-Harburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Eigenartig spezifisches Verhalten luetischer und karzinomatöser Sera gegen bestimmte Chemikalien, von Wiener und v. Torday-Budapest. (D. m. W., 1914, Nr. 9.) Wird das menschliche inaktivierte Serum mit einer Mischung von Goldkaliumzyanaldehyd (Ehrlichs Aldehydreagens) zusammengebracht, entsteht eine Fällung, die bei Gesunden auf Zusatz von konzentrierter Essigsäure unverändert bleibt, bei Lues und Karzinom aber sich vollkommen aufhellt. Verfasser prüften eine Reihe von Sera; bei Gesunden bekamen sie mit 5% Ausnahme der Fälle immer eine negative Reaktion. Bei Lues war unter 130 Fällen, die alle WR-positiv waren, die Reaktion 91mal ebenfalls positiv (70%). Bei Karzinom war die Reaktion unter 25 Fällen 18mal, also in 72% positiv. Bei Tuberkulose war die Reaktion fast immer negativ.

Verfasser glauben aber, wohl mit Recht, daß die Methode zur Verwertung für praktisch diagnostische Zwecke noch der Vervollkommnung bedarf.

Haller-Dresden.

Verschweigen einer durchgemachten syphilitischen Erkrankung im Antragsformular berechtigt die Versicherungsgesellschaft, die Versicherung für kraftlos zu erklären, von Fritz Müller-Berlin-Schöneberg. (Fortschr. d. M., 1914, Nr. 15.) Der Rittergutsbesitzer K. hatte im Februar 1909 eine Lebensversicherung in Höhe von 300000 Mark abgeschlossen und starb 1910 an den Folgen eines Unfalls. In seinem Antrage hatte K. die Frage nach einer Syphilis mit „nein" beantwortet, trotzdem er im Jahre 1899 syphilitisch infiziert war und sechs Schmier- und Spritzkuren durchgemacht hatte; außerdem hatte er seine Ehefrau infiziert, bei der im Jahre 1905 Geschwüre an den Genitalien aufgetreten waren, und die im Jahre 1906 von einem fast ausgetragenen toten Kinde entbunden worden war. Die Versicherungsgesellschaft bekam von diesen Tatsachen Kenntnis, wurde aber vom Oberlandesgericht in Breslau zur Auszahlung der Versicherungssumme verurteilt, trotzdem das Landgericht die Klage auf Auszahlung abgewiesen hatte. Das Oberlandesgericht meinte: K. sei ein kräftiger Mann und ohne äußere Anzeichen der Krankheit gewesen, wenn er auch von derselben noch nicht völlig befreit war; es nahm an, daß ein bei Abschluß des Vertrages zugezogener

Digitized by Google

Spezialarzt die noch im Blute befindlichen Giftstoffe für das Fortleben für bedeutungslos erklärt haben würde. Das Reichsgericht dagegen entschied, daß K. einige für den Vertrag wesentliche Fragen wissentlich unrichtig beantwortet hätte, und daß, da der Krankheitsfall nicht geringfügiger Natur war, der Vertrag nicht zustande gekommen wäre. Bei den bekannten, oft unheilvollen Nachwirkungen einer syphilitischen Erkrankung durfte K. auch, wenn er sich im Augenblick für gesund hielt, die Erkrankung nicht verschweigen, nachdem er eine Anzahl Kuren durchgemacht und noch im Jahre 1905 seine Frau infiziert hatte. Daher braucht die Versicherungssumme nicht ausgezahlt zu werden. Lasch-Breslau.

Bericht über die Tätigkeit der an die chirurgische Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke, in der Zeit vom 1. Juni 1912 bis 31. Mai 1913, von Adrian. (Straßb. m. Ztg., 1913, Heft 6.) Der Bericht enthält neben einer Statistik der behandelten Fälle ausführliche Betrachtungen über die klinische Bedeutung der Mißbildungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters und über die hauptsächlichsten für den Praktiker wichtigsten Gesichtspunkte bei der Vererbung von urologischen Erkrankungen. Eugen Brinitzer-Altona.

Ein sexualpädagogischer Elternabend, von O. Reissert. (Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1914). Flugschrift der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. In dieser Abhandlung nimmt der Gymnasialdirektor das Wort und weist in eindrucksvoller Weise darauf hin, daß die sexuellen Schäden, die nach statistischen Umfragen bei Ärzten und Erwachsenen über die eigene Jugendzeit nachweislich bestehen, durchaus die Aufmerksamkeit der Eltern, Lehrer und Ärzte erfordern; besonders die Eltern werden aufgefordert, in diesen Fragen mitzuwirken und nicht alles der Schule zu überlassen, schon weil diese der durchaus notwendigen Individualisierung nicht Rechnung tragen kann. Peyser-Harburg.

Der Einfluß der Anaphylaxieforschung auf Dermatologie und Venerologie, von Karl Bruck-Breslau. (Beitr. z. Klin. d. Infekt.-Krkh., 1914.) Zunächst werden einige bei der Anaphylaxieforschung im Tierversuch aufgetretene Krankheitserscheinungen mit anderen in der Dermatologie bekannten verglichen und auf eventuelle Beziehungen hingewiesen, z. B. bei Meerschweinchen wird nach intraperitonealer Reinjektion der Beginn des anaphylaktischen Chocks beobachtet: Unruhe, Sträuben der Haare, Abwehrbewegungen, Kratzen mit der Pfote an der Schnauze, Sichreiben an den Käfigwänden, ein Symptom, das im Tierversuch sonst nur sehr schwer zu erzielen ist und das bei vielen Hautkrankheiten in den Vordergrund tritt — ganz intensives Hautjucken.

Sodann werden die bei der Serumkrankheit auftretenden urtikariellen, skarlatiniformen, morbilliformen und polymorphen Effloreszenzen verglichen mit Urtikaria, Arzneiexanthemen, dem Erythema exsudativum multiforme, akuten generalisierten Ekzemen.

Die Begriffe Überempfindlichkeit und Idiosynkrasie werden revidiert (durch Jadassohn). Dieser weist darauf hin, daß die Idiosynkrasien getrennt werden müßten in solche, welche durch Stoffe erzeugt werden, die in stärkerer Konzentration auch bei normalen Menschen einen Effekt auslösen und in die durch Substanzen erzeugten, die für normale Menschen indifferent sind, Jodtinktur — Jodoform. Verfasser erbringt für den von Wolff-Eisner vermuteten Zusammenhang zwischen Urtikaria ex ingestis mit Anaphylaxie den Beweis durch passive Übertragung von Schweinefleischidiosynkrasie eines Schweinefleischidiosynkrasikers auf Meerschweinchen. Es soll also die Urtikaria ex ingestis durch eine Anaphylaxie hervorgerufen sein, die ihrerseits durch eine Resorption von nicht genügend abgebauten und ungenügend homogenisiertem körperfremdem Eiweiß zustande kommt. Auch Urtikaria bei Gravidität, Menstruation und bei

Digitized by Google

Darmstörungen könnte nach Wolff-Eisner durch Resorption heterologer oder heterolog gewordener Eiweißstoffe bedingt sein. Auch Arzneimittelidiosynkrasien werden passiv übertragen. Von mehreren Autoren wird die passive Übertragbarkeit von Serum- und Medikamentenidiosynkrasie nicht zur Anaphylaxie gerechnet. Die Zugehörigkeit der Salvarsanidiosynkrasie zur Anaphylaxie ist nicht erwiesen.

Die sich in disseminierten und diffusen Exanthemen äußernde Idiosynkrasie einzelner Individuen gegenüber Tuberkulin beruht auf einer experimentell nachweisbaren echten Anaphylaxie, was durch die passive Übertragbarkeit der Tuberkulinidiosynkrasie bewiesen ist. Auch für das Verständnis der venerischen Erkrankungen sind anaphylaktische Vorgänge herangezogen worden. So sind Versuche, eine etwaige spezifische Reaktionsfähigkeit der Hautlueskranken für diagnostische Zwecke auszunützen — Kuti- oder Intrakutanreaktionen mit luetischen Organextrakten oder auch mit Spirochätenreinkulturen —, gemacht worden, jedoch noch zu unsicher im Wert. Was die Tuberkulose betrifft, so ist der Einfluß des Überempfindlichkeitsproblems auf die Lehre von Tuberkuliden besonders von Interesse. Diese, die Tuberkulide, sind nach Wolff-Eisner von der Natur selbst angestellte Lokalreaktionen der Haut auf Tuberkelbazillenderivate; sie sind der Ausdruck der Überempfindlichkeit der Haut gegenüber dem Tuberkelbazillenprotein. Die Kutireaktion nach Impfung von Blennorrhoikern mit Blennorrhoevakzine zu diagnostischen Zwecken ist nicht streng spezifisch; besser ist scheinbar die Ophthalmoreaktion mit Gonokokkenextrakt und die Allgemein- und Herdreaktion nach subkutaner und intramuskulärer Vakzineinjektion, besonders für ätiologisch unsichere Gelenkaffektionen und gynäkologische Fälle. Hommel-Dresden.

Verschiedenes.

Leitsätze der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene zur Geburtenfrage. Angenommen in der Delegierten-Versammlung zu Jena am 6. und 7. Juni 1914.

A. Die Gefahr. 1. Die Zukunft des deutschen Volkes ist aufs schwerste bedroht. Das Deutsche Reich kann sein Volkstum und die Unabhängigkeit seiner Entwicklung auf die Dauer nur bewahren, wenn es ohne Verzug und mit der größten Energie daran geht, seine innere und äußere Politik, sowie das ganze Leben des Volkes in rassenhygienischem Sinne zu gestalten. Am dringendsten sind Maßregeln zur Förderung der Fortpflanzung der gesunden und tüchtigen Familien. 2. Die rasch abnehmende und vielfach schon heute zur Erhaltung ungenügende Fortpflanzung der gesunden und tüchtigen Familien muß schon in wenigen Generationen zum kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Rückgange des deutschen Volkes führen. 3. Die ungenügende Fortpflanzung ist zum Teil durch Beeinträchtigung der Fortpflanzungsfähigkeit, insbesondere durch die Blennorrhoe, die Syphilis und den Alkoholismus verursacht. 4. Die Hauptursache des gegenwärtigen Geburtenrückganges ist aber die zunehmende willkürliche Beschränkung der Kinderzahl. 5. Die wichtigsten Beweggründe für die Beschränkung der Kinderzahl sind: a) die Besorgnis vor der Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Familie, der Erschwerung einer sorgfältigen Pflege und Erziehung der Kinder bei größerer Kinderzahl, b) die Rücksicht auf die Erbteilung, c) die Unvereinbarkeit der außerhäuslichen Berufstätigkeit der Frau mit der Aufzucht einer größeren Zahl von Kindern, d) die Bedrängnis durch die städtische Wohnnot. 6. Der Geburtenrückgang wird stark beschleunigt durch die mit skrupelloser Reklame und rasch wachsender Kapitalskraft betriebene Herstellung und den organisierten Handel

Digitized by Google

mit Mitteln zur Empfängnisverhütung und Abtreibung und durch die Propaganda für den Neomalthusianismus.

B. Die Bekämpfung. Die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene fordert zur Sicherstellung eines nach Zahl und Tüchtigkeit ausreichenden Nachwuchses: 1. Erhöhte Förderung der inneren Kolonisation mit Regelung des Erbrechts im Sinne der Schaffung kinderreicher Familien. 2. Schaffung von Familienheimstätten für kinderreiche städtische Familien (gartenstädtische Siedelung, gemeinnütziger genossenschaftlicher Bau von Kleinwohnungen mit Gärten, Laubenkolonien u. a. m.). 3. Wirtschaftliche Förderung genügend kinderreicher Familien durch Gewährung von wesentlichen Erziehungsbeiträgen an eheliche Mütter, bzw. überlebende Väter und Berücksichtigung der Kinderzahl bei der Besoldung der Beamten und Angestellten. 4. Beseitigung der für viele männliche Berufe (Offiziere, Beamte) bestehenden Erschwerung der Eheschließung, soweit es irgend tunlich ist. 5. Erhöhung der Alkohol-, Tabak- und Luxussteuern sowie Erhebung einer Wehrpflichtersatzsteuer für die in Punkt 3 genannten Zwecke. 6. Gesetzliche Regelung des Vorgehens in solchen Fällen, wo Unterbrechung der Schwangerschaft oder Unfruchtbarmachung ärztlich geboten erscheint. 7. Bekämpfung aller die Fortpflanzungsfähigkeit bedrohenden Schädlichkeiten, insbesondere der Blennorrhoe und der Syphilis, der Tuberkulose, des Alkoholismus, der gewerblichen Vergiftungen und der Berufsschädlichkeiten für die erwerbstätige Frau. 8. Obligatorischer Austausch von Gesundheitszeugnissen vor der Eheschließung. 9. Aussetzen großer Preise für ausgezeichnete Kunstwerke (Romane, Dramen, bildende Kunst), in denen das Mutterideal, der Familiensinn und einfaches Leben verherrlicht werden. 10. Erweckung einer opferbereiten nationalen Gesinnung und des Pflichtgefühls gegenüber den kommenden Geschlechtern, kraftvolle Erziehung der Jugend in diesem Sinne. Die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene richtet an alle, die sich von der Richtigkeit der vorstehenden Leitsätze überzeugt haben, die dringende Bitte, ausdauernd und tatkräftig mit ihr an der Gewinnung immer weiterer Kreise mitzuarbeiten, damit die gesetzliche Einführung und Durchführung der notwendigen Maßregeln erreicht werde, bevor es zu spät ist.

Der Sitz der Gesellschaft ist München, Vorsitzender ist Geheimrat Professor von Gruber; Anmeldungen sind an den Schriftführer Verleger J. F. Lehmann, München, Paul-Heyse-Straße 26, zu richten.

Die 18. Versammlung der **Association Française d'Urologie** findet in Paris vom 7.—10. Oktober statt. Verhandlungsthema: Appréciation de la valeur des traitements modernes de la gonococcie (Referent: Janet-Paris).

Der III. Kongreß für Radiologie findet vom 27. Juni bis 2. Juli 1915 in Wien statt. Zum Präsidenten wurde Prof. Sir Ernest Rutherford-Manchester, zum Generalsekretär Prof. Stefan Meyer-Wien gewählt. Als Vertreter der Dermatologie im wissenschaftlichen Ausschusse fungiert Prof. Gustav Riehl-Wien. Das dermatologische Referat hat Dr. Degrais-Paris. Von Vorträgen sind zunächst hervorzuheben: Priv.-Doz. Dr. Freund-Wien, Radium- und Röntgensensibilisation. Prof. Holzknecht-Wien, Durch Röntgen- und Radiumstrahlen hervorgerufene Schädigungen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. August 1914 | Nr. 33 | Band 59

Aus der k. k. böhm. dermatolog. Klinik in Prag (Vorstand: Hofrat Prof. Janovský).

Herpes zoster generalisatus.

(Kasuistischer Beitrag.)

Von

Dr. Ant. Trýb, Assistent der Klinik.

(Mit 2 Abbildungen.)

Ein 60jähriger Mann, W. S., Vater von sechs gesunden Kindern, wurde in die Klinik sub Nr. 18312 aufgenommen. Die Anamnese ergibt kurz folgendes. Vor 14 Tagen trat bei dem Kranken auf der linken Seite des Brustkorbes plötzlich ein Bläschenausschlag auf, der sich gürtelartig unter heftigen Schmerzen über die ganze linke Hälfte $1^1/_2$ Handbreit ausbreitete. Die Bläschen flossen zusammen, der Inhalt wurde blutig, und schließlich entstand durch Konfluenz und Nachschub eine breite, den linken Thorax seitlich umfassende Fläche. Einige Tage später empfand der Kranke hier und da ein heftiges Jucken und bemerkte ein Aufschießen von kleinen Bläschen auf geröteter Basis, welche sich binnen zwei Tagen auf den ganzen Körper verbreiteten, wobei sich der Kranke im allgemeinen unwohl fühlte. Nach acht Tagen suchte der Kranke die Klinik auf wegen Schmerzen, welche ihm ein großes gangränöses Geschwür an der linken Brustseite bereitete. Er gibt an, daß sich in den letzten acht Tagen keine neuen Bläschen mehr bildeten. An den Schleimhäuten bemerkte er nie eine Eruption. Vor einem halben Jahre befand er sich im hiesigen Krankenhause mit Lymphomen am Halse links und einer tuberkulösen Lungenaffektion. Nach einem Monate wurde er von der Internen Klinik als gebessert entlassen. Infolge der Drüsenschwellung in der Axillargegend entstand damals ein Ödem des linken Armes, welches über sechs Wochen dauerte, und noch heute ist hier und da seine linke Hand etwas geschwollen.

Infectio negatur. Kein Trinker.

Der Status praesens zeigt folgendes: Kranker von hoher Gestalt, ziemlich kachektisch. Beiderseits deutlicher Befund in den Lungenspitzen, in Sputum reichliche Tuberkelbazillen. Schleimhäute frei. Harn normal. An der Haut der linken Brustseite befindet sich ein gangränöses Geschwür, welches beim Sternum anfängt und sich nach hinten bis über die Mittellinie ausbreitet. Rückwärts ist dieser Defekt bis 25 cm breit, seine Ränder sind inselartig in die gesunde Haut vorgeschoben, seine Basis meist mit fest anhaftenden nekrotischen Fetzen bedeckt. Die nächste Umgebung ist stark entzündlich gerötet und etwas geschwollen. Sensibilitätsstörungen bis auf eine leichte Hypästhesie der Umgebung nicht vorhanden. Das Geschwür selbst ist sehr schmerzhaft. Über der ganzen Körperfläche finden sich zahlreiche Bläschen von ungleicher Größe, die meisten von pustelartigem Charakter und von einem entzündlichen Hofe umgeben Die Eruption erstreckt sich über den ganzen Körper, Kopf, Gesicht, Extremitäten nicht ausgenommen. Ihr Maximum ist allerdings in der Umgebung des großen Geschwürs am Rücken, aber auch sonst kommen sie in großer Anzahl vor, so daß man einige Hundert am ganzen

Digitized by Google

Körper zählen kann. Besonders hervorzuheben wäre, daß die **Bläschen nicht gleichen Alters sind,** so daß einige ganz frisch als ein pralles Bläschen klaren Inhalts erscheinen, einige schon trocken mit Börkchen bedeckt erscheinen. Das stimmt auch mit den Angaben des Patienten überein, der ihr Auftreten binnen zwei Tagen als nach und nach entstanden schildert.

Zahlreiche Stellen zeigen Erscheinungen von Nekrose oder erscheinen wenigstens hämorrhagisch. Diese Stellen heilen natürlich später durch Narbenbildung ab. Der pustulöse Charakter mancher Bläschen ist als sekundär zu betrachten. Aus dem Pustelinhalt wachsen gewöhnliche Eiterkokken in den Kulturen.

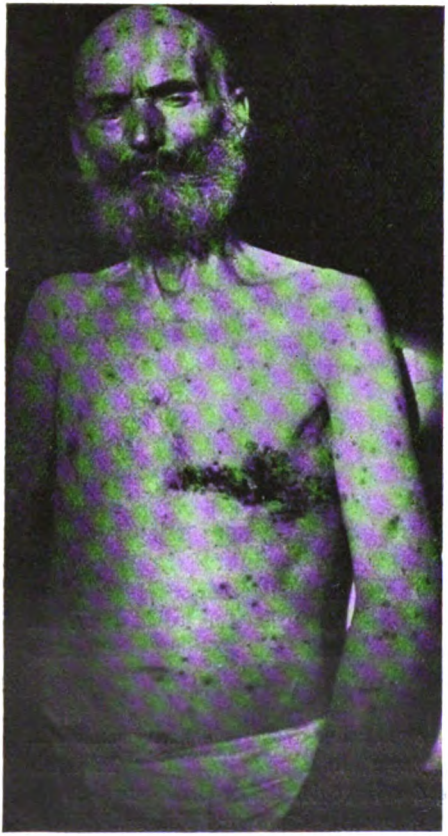


Fig. 1.

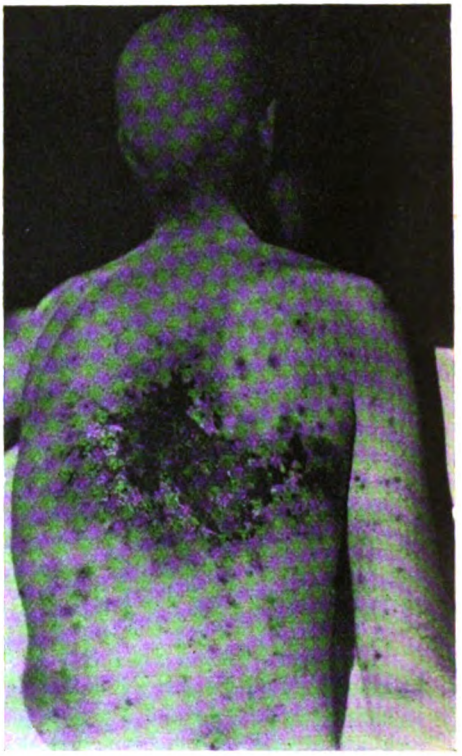


Fig. 2.

Das histologische Bild der Bläschen des Oberarmes zeigt folgendes: In der Papillarschicht sehen wir deutlich erweiterte Blutgefäße, welche mit roten Blutkörperchen vollgepropft sind; je nach dem Grade der hämorrhagischen Infiltration finden wir auch einen starken Austritt der roten Blutkörperchen. Wir konnten sowohl eine Diapedese als auch Arrosionen der Gefäße beobachten. Die Bläschen sitzen meist intraepidermoidal, und da unser Material schon einige Tage alten Bläschen ent-

Digitized by Google

nommen ist, ist die Regeneration der Basalschichten der Epidermis in allen Fällen eine vollständige. Nur bei nekrotischen Blasen sehen wir eine starke Beschädigung der ganzen Epidermis und des Papillarkörpers bis in die subpapillaren Schichten, wo ein reichliches Infiltrat die klaffenden Gefäße teilweise umhüllt, teilweise sie ausfüllt. Das Infiltrat setzt sich zusammen teilweise aus dünnen, ausgezogenen, spitzigen Kernen des gewucherten Bindegewebes; diese sind teils pyknotisch mit minimalem Plasmasaum, oder sind solche gut erhaltener Fibroblasten, welche im ganzen aber spärlicher vorkommen. Zur Bildung von Plasmazellen kommt es überhaupt nicht, was übrigens die Akuität des Prozesses mit sich bringt. Auch Mastzellen kommen sehr selten vor. Die Leukozyten und Lymphozyten erscheinen alle, was den Kern anbelangt, stark pyknotisch, und sehr oft kann man chromatische Zerfallprozesse an ihnen beobachten. Das gilt besonders von den in den Blutgefäßen vorkommenden Lymph- und Leukozyten, wo man übrigens häufig auch nur stark chromaffine Reste und Tröpfchen neben Fibrinkrümmeln antrifft (Abführmaterial der Bläschen). Nie finden sich wenigstens in erhöhter Zahl eosinophile Zellen.

Die Veränderungen der Epidermis erweisen sich allerdings in allen untersuchten Schnitten bloß als die Bilder der Endprozesse der Erkrankung. Wir sehen kernlose Massen, Fibrinschollen, Keratinschollen — alles mit Massen von schwarzblau oder schwarzviolett sich färbenden Tröpfchen durchsetzt, ferner Bröckel, Kernreste oder Kerne. Alle diese Veränderungen sind das Resultat einer ballonisierenden und fibrinoiden Degeneration, welche in unserem Falle unter dem Bilde einer fibrinösen Form verlief. Zahlreiche Reste von Fibrinbalken, welche das Bild der vielkämmerigen Blase deutlich erkennen lassen, sowie das ganze histologische Bild beweist, daß es sich um Zosterbläschen handelt.

Allerdings ist dieser Fall kein Novum, und gerade in den letzten Jahren erschienen äußerst interessante Abhandlungen, welche auch die ätiologische Frage des Zoster sehr präzis und klar bearbeiteten. Trotz der schon von Bärensprung aufgestellten Beweise konnte doch noch Haslund im Jahre 1897 auf Grundlage eines Falles von disseminiertem Zoster sich für die Infektiosität des Zoster aussprechen. Die letzten zwei Arbeiten von v. Zumbusch und Fischl konnten bei der Sektion deutlich die neurotische Basis demonstrieren. Nicht nur Spinalganglien, sondern auch Prozesse des Rückenmarks mit Bevorzugung der grauen Substanz führen zu Zostererscheinungen. Entzündliche Prozesse verschiedener Art im Rückenmark und den Spinalganglien können diesen Prozeß verursachen. Allerdings ist die Frage hiermit nicht vollständig gelöst, da der modernen neuropathologischen Anschauung nach hierzu die Beteiligung der sensitiven Bahnen erfordert wird. In den meisten pathologisch klargelegten Fällen handelt es sich schließlich um ätiologisch bestimmte Prozesse, welche auch mit schweren neurotischen Veränderungen und Symptomen einhergehen. Man kann jedoch nicht in allen Fällen so ernste und schwere Prozesse supponieren, da ja doch das Gros

Digitized by Google

der Fälle ohne bedeutende neurotische Symptome in einigen Tagen glücklich verläuft. Allerdings waren die Befunde von v. Zumbusch direkt eine klassische Lösung des Problemes der Ursache der Dissemination des Prozesses, doch ist in diesem Falle die Ätiologie vollkommen unbekannt. Daß die Ätiologie keine einheitliche ist, muß jedermann klar sein, doch wird es sich wohl um einen Prozeß handeln, der meist entzündliche Reizungen der Ganglien verursacht — Leukämie, Trauma, Gifte würden immer als interessante Ausnahmen von der de norma vorkommenden Ursache gelten. Man könnte an dieselbe rheumatoide Noxe denken, welche auch in der Ätiologie angeführt wird. Man könnte auch schließlich an eine Übertragung durch den Reflexbogen denken, welche Erklärung bei dem primären gangränösen Zoster und später auftretender Dissemination annehmbar wäre — doch nach dem Fall von v. Zumbusch ist die Dissemination durch die Verbreitung der entzündlichen Prozesse auf zahlreiche Ganglien viel verständlicher.

Wir wollen nicht in dieser kurzen Mitteilung ätiologische Probleme lösen und bleiben nur bei der kurzen kasuistischen Vorführung unseres Falles. Als interessant soll hervorgehoben werden, daß der Kranke eine Zeitlang vor dem Ausbruche seines rechtsseitigen gangränösen Zoster an derselben Seite supraklavikuläre und auch axilläre Lymphdrüsentumoren aufwies (was seine Lungentuberkulose vollständig erklärt. — Blutbefund absolut normal!). Es finden sich einige Fälle in der Literatur verzeichnet, welche bei älteren Individuen tuberkulöse Prozesse bei generalisierten Zosterfällen registrieren. Evans behauptet sogar, daß bei älteren Leuten außer Trauma meist eine Meningitis tuberculosa als Ursache der Zostereruption anzusehen ist. Ähnlicher Ansicht ist auch Bornardeau, der als Ursache eines disseminierten Zosters tuberkulöse Bazillämie antreffen konnte. Dazu möchten wir beifügen, daß vielleicht auch vorübergehende Schwellungen der Gland. lymph. intercostales einwirken könnten. Allerdings soll diese Anschauung nur dem als Ausnahme von der sonstigen Ätiologie feststehenden Zoster gelten, und obwohl wir die Ansicht durchaus nicht beweisen können, möchten wir uns doch am ehesten für dieselbe entscheiden.

Zur klinischen Auffassung des generalisierten Zoster möchten wir noch einiges hervorheben. Seinerzeit forderte Nobl ein gleichzeitiges Aufschießen aller Bläschen für die Diagnose Zoster. Die meisten seit der Zeit beschriebenen Fälle zeigen jedoch, daß eine gewisse Zeit verfließt zwischen der ursprünglichen Eruption und der Dissemination. Dieses war auch bei unserem Kranken der Fall, da nach einigen Tagen erst die Aussaat neuer Effloreszenzen begann, welche sich außerdem noch in Schüben zeigten, so daß die Bläschen ein ungleiches Alter auf-

Digitized by Google

wiesen. Neurodiagnostische Untersuchungen ergaben kein Resultat, da der Kranke ganz normale Verhältnisse in dieser Richtung zeigte.

Nach interner Medikation mit Chinin und lokal indifferenter Behandlung heilten die gesamten Bläschen ab — mit Hinterlassung von einigen Narben nach den nekrotischen Bläschen. Auch die großen Defekte sind bei der Entlassung des Patienten meist verheilt. Einige Monate später konnten wir noch erfahren, daß der Kranke seit der Zeit sich wohl befindet, ja daß er sich ganz gesund fühlt. Bläschenrezidive kamen nicht mehr vor.

Caviblentherapie der Gonorrhoe.

Von

Dr. M. Mondschein, Spitalsarzt in Stanislau (Galizien).

Die bisherige Behandlung der männlichen Gonorrhoe hat weder den Arzt noch den Patienten befriedigt, abgesehen davon, daß sie sehr oft unausführbar war. Das Hantieren mit der Trippersprize, das einerseits umständlich ist, andererseits anfangs, sehr oft auch während der ganzen Behandlung, ungeschickt und nicht immer regelrecht geübt wird, widerstrebte seit jeher jedem Patienten und der Arzt ist sich niemals im klaren, ob das von ihm verschriebene Medikament tatsächlich zur Wirkung gelangt. Das Medikament muß einigemal des Tages eingespritzt, das Orifizium längere Zeit komprimiert werden und auch diese Zeit (10 bis 20 Minuten) erwies sich oft als zu kurz, als daß der ganze Prozeß an der Oberfläche und auch in der Tiefe beeinflußt würde. Aber auch vom sozialen Standpunkte ist die alte Methode oft schwer ausführbar, und stößt nicht gar so selten auf unumwundbare Schwierigkeiten. Hat doch nicht jeder Tripperkranke dazu Zeit oder Gelegenheit, gerade in der vom Arzte rigoros vorgeschriebenen Stunde die Einspritzung vorzunehmen, abgesehen davon, daß er oft gezwungen ist, die Prozedur geheim auszuführen. In Anbetracht dieser Beweggründe suchte man seit jeher das Medikament auf andere, bequemere Weise mit der erkrankten Schleimhaut in Kontakt zu bringen, man ersann dazu Stäbchen, die mit dem Medikament imprägniert waren. Aber auch hier erwiesen sich viele Mängel. Der Medikamentträger, der als Fett (Kakaobutter, Gelatine) die Schleimhaut mit einer Schicht bedeckt, beeinträchtigt im hohen Maße die Wirkung des Antigonorrhoikums, außerdem stand er in keinem Verhältnis zu der Menge des auf diese Weise eingeführten Mittels.

Diesen Übeln abzuhelfen bezweckt die von Bruck angegebene Caviblenmethode. Es werden dies starre, durchscheinende, dünnwandige Stäbchen verwendet, die mit einem starken Antigonorrhoikum in Pulverform gefüllt

Digitized by Google

sind. Diese Füllung besteht aus Uranoblen; es ist dies eine ca. 40% Silber enthaltende Farbstoffverbindung, die in Wasser leicht löslich ist und weder mit Eiweiß noch mit Salzen etwaige Niederschläge gibt. Es hat das Uranoblen weiter die Eigenschaft, daß es eine große abtötende Wirkung auf Gonokokken entfaltet, es wird nämlich nach dem Schmelzen der Hülse, was in 15—20 Minuten geschieht, auf der ganzen Schleimhautoberfläche in hoher Konzentration in Pulverform abgelagert, im Sekret allmählich aufgelöst und entfaltet hier eine sehr starke Tiefenwirkung. Was die Hülse anbetrifft, so ist dieselbe aus einem völlig fettfreien Material, beeinträchtigt also nicht die Wirkung des Medikaments und ist auch ihre Quantität im Verhältnis zum eingeführten Mittel ganz gering.

In den Handel kommen die Caviblenstäbchen, je nach ihrer Bestimmung, in verschiedenen Dimensionen. Die Länge der Anteriorstäbchen mißt 12 cm, die Dicke variierte früher zwischen 6—7,5 mm; später als ich auf Grund meiner ersten Erfahrungen im Oktober und November v. J.[1]) den Fabrikanten[2]) darauf aufmerksam machte, daß dieselben auch viel dünner (für enge Orifizien) fabriziert werden sollten, sandte mir dieser Stäbchen zu 4—5 mm Dicke. Aber auch die Länge der Caviblenstäbchen dürfte meiner Ansicht nach verschieden sein, da doch die Urethra bei verschiedenen Individuen verschieden lang ist (bei jungen Knaben doch viel kürzer als bei Erwachsenen). Beim Einführen stößt man also bei den einen auf keinen Widerstand, bei anderen läßt sich das ganze Stäbchen nicht einführen, sondern höchstens 8—9 cm, so daß das Stäbchen abgeschnitten werden muß, die dritten wiederum verspürten bei den anfänglich dicken Stäbchen, gleich beim Orifizium einen heftigen Schmerz, bluteten leicht, so daß vom Einführen abgesehen werden mußte.

Für die Posterior kommen längere Stäbchen mit entsprechender Krümmung in den Handel. Dieselben sind gewöhnlich leicht einzuführen, manchmal stoßen sie aber auf unüberwindlichen Widerstand und müssen sogar zur Hälfte abgeschnitten werden. Für die weibliche Urethra kommen kurze Stäbchen zu 5 cm, für die Cervix uteri ganz kurze, von 3 cm Länge in den Handel.

Die Stäbchen werden in „Caviblencreme", die ganz fettfrei ist, bis zu $^3/_4$ Länge eingetaucht und leicht nach vorwärts geschoben, bis man an den Widerstand des Schließmuskels ankommt. Man komprimiert dann eine Weile das Orifizium und läßt die Stäbchen in der Urethra von 6 bis

---

[1]) Unten angeführte Fälle datieren alle seit der Zeit, wo die Caviblenstäbchen noch dick fabriziert wurden. — [2]) Dr. Jablonski, Breslau IX.

Digitized by Google

10 Stunden verweilen, je nach der Möglichkeit der Patienten solange die Miktion aufzuhalten. Die starre Hülse verflüssigt nach 10—15 Minuten und jetzt erst ist der Augenblick gekommen, wo das Uranoblen seine Wirkung zu entfalten beginnt.

Ich behandelte mit den Caviblenstäbchen lediglich bisher die männliche Gonorrhoe, wandte sie in 10 akuten, 4 subakuten und 6 chronischen Fällen an mit sehr befriedigendem, manchmal direkt überraschendem Erfolge (Fall 1, 3, 5). Bei sehr akuten Fällen wandte ich in den ersten Tagen Janetsche Spülungen an, erst nachdem die akut entzündlichen Erscheinungen vorüber waren, führte ich die Stäbchen ein. In einem akuten Falle mußte ich infolge heftigen Schmerzens beim Einführen und resultierendem Ödem des Präputiums ganz die Caviblenmethode aufgeben und suchte Zuflucht zu gewöhnlichen Einspritzungen (Krankengeschichte, Fall 4). Bei einem akuten und subakuten Falle war wieder das Orifizium zu eng, spalten ließ sich dasselbe der Patient nicht, so daß ich demselben mit ganz gutem Erfolge die kurzen und dünnen Stäbchen für weibliche Urethra einführen mußte (subakuter Fall 1, akuter 2). Dies lauter Beweise für meine oben ausgesprochene Behauptung, daß die Caviblenstäbchen infolge ihrer Länge und Dicke nicht in jedem Falle anwendbar sind und daß diese verschieden dick und lang hergestellt werden sollten[1]).

Eine Abortivkur im engsten Sinne des Wortes, das ist Ausheilen in den ersten 2—4 Tagen, läßt sich mit dieser Methode nur ausführen, sobald noch keine Reizerscheinungen von seiten des beginnenden Krankheitsprozesses vorhanden sind. Dagegen ist die Behandlung bei ganz akuten, an sich schon gereizten Fällen infolge des großen Schmerzens beim Einführen, der stark auftretenden Reaktion seitens der Urethralumgebung und der Urethra selbst, meist nicht ausführbar. Es ist aber ganz auffallend, wie rasch sich die Schleimhaut meist an die Stäbchen gewöhnen kann, so daß nach einer eintägigen Pause die eingeführten Stäbchen wieder gut und ohne Schmerzen vertragen werden.

Es läßt sich auch nicht bei jedem Patienten durchführen, daß derselbe 8—10 Stunden nicht uriniert, teils infolge des Harndranges, teils infolge einer Blasenschwäche oder Blasenreizes, teils endlich infolge einer Gewohnheit des Patienten, öfters zu urinieren. Aus demselben Grunde kann diese Methode bei Ergriffensein der Pars posterior keine Anwendung finden, speziell solange akute Reizerscheinungen (Harndrang) bestehen. Ihr Anwendungsgebiet können daher nur chronische Posteriorfälle sein.

[1]) Diese Wünsche sind bereits von der Fabrik Dr. Jablonski, Breslau IX, berücksichtigt worden und die Stäbchen kommen jetzt in den verschiedensten Größen in den Handel.

Digitized by Google

Ich möchte jetzt an der Hand einiger charakteristischer Krankengeschichten meine bisherigen Erfolge der Caviblenbehandlung demonstrieren.

Akute Fälle:

Fall I. M. K., 25 Jahre alt, aufgenommen ins Spital am 28. X. mit Diagnose: Gonorrhoe acuta anterior. Gc. ++.

29. X. Arthigon 0,2 intravenös, starker Schüttelfrost, starker Kopfschmerz. Erste Portion des Urins trüb, zweite rein.

1. XI. Arthigon 0,3 intravenös, Temperatur 37—37,2.

4. XI. Caviblenstäbchen zweimal täglich, Stärke Ib (2% Uranoblen).

5. XI. Arthigon intravenös 0,5, dabei Caviblen Ib.

6. XI. Erste Urinportion weniger trübe, zweite rein, Kaviblen Ib, Gc. —.

7. XI. Urinportion fast klar.

10. XI. Erste und zweite seit drei Tagen vollständig klar; geheilt entlassen.

Fall II. M. M., 25 Jahre alt, Bahnschlosser, Gonorrhoe seit vier Wochen, der rechte Hoden geschwollen und schmerzhaft seit sechs Tagen.

Diagnosis: Epididymitis dex. gonorrh. (Schwellung sehr stark). Durch Versehen große Dosis Arthigon (1 ccm) als erste Dosis; sehr starker Schüttelfrost, heftiger Kopfschmerz, Übelkeiten, unstillbares Erbrechen; Puls klein, fadenförmig 140, Temperatur 40.1. Schmerz des Hodens nach einigen Stunden gewichen.

19. X. Der Hoden fast normal, nicht schmerzhaft.

20. X. Caviblen Ia zweimal täglich. Erste Urinportion trüb, zweite klar. Gc. +.

21. X. Caviblen Ia zweimal täglich. Schmerz beim Einführen und leichtes Bluten infolge zu engen Orifiziums.

23. X. Pause im Behandeln.

24. X. Janet-Spülung.

25. X. Erste Portion rein, darin spärliche Schleimfäden, zweite rein, Caviblen III (kurze und dünne Stäbchen, bestimmt für weibliche Urethra).

26. X. Erste Portion rein, zweite rein. Caviblen III zweimal täglich.

30. X. Erste rein, zweite rein. Caviblen III zweimal täglich.

1. XI. Arthigon intravenös 0,3, Caviblen III zweimal täglich, Urin rein.

4. XI. Arthigon intravenös 0,5. Erste Urinportion und zweite rein.

12. XI. Entlassen, Urin dauernd rein. Bis zum Tage der Entlassung täglich zweimal mit Caviblen III behandelt. Keine Gonokokken.

Fall III. S. N., 20 Jahre alt, Friseurgehilfe, Gonorrhoe seit 2 Wochen, der linke Hoden geschwollen seit fünf Tagen. Diagnosis: Epididymitis sinistra gonorrh. Durch Versehen 1 ccm Arthigon als erste Injektion. Ähnliche Symptome wie beim Fall II. Auffallende Blässe des Gesichtes eine ganze Woche nach der Injektion.

18. X. Der linke Hoden ganz zurückgegangen, ganz normal.

20. X. Caviblen Ia zweimal täglich. Urin trübe in der ersten Portion. Gc. ++.

21. X. Idem Caviblen wird täglich zweimal eingeführt.

24. X. Leichte Schmerzen und Schwellung des anderen (rechten) Hodens, trotzdem wird Caviblen weiter eingeführt.

26. X. Hoden leicht schmerzhaft, geschwollen, Urin fast rein.

28. X. Arthigon intravenös 0,3. Temperatur vier Stunden nach der Injektion 39°, starker Schüttelfrost, Kopfschmerzen. Temperatur abends 37,6, Caviblen weiter.

31. X. Der Hoden nicht schmerzhaft. Gc. —

1. XI. Beide Urinportionen rein, Caviblen täglich zweimal.

Digitized by Google

4. XI. Der rechte Nebenhoden zwar unschmerzhaft, aber verdickt. Arthigon intravenös 0,5.

5. XI. Der rechte Nebenhoden viel weniger verdickt. Gc. —.

6. XI. Arthigon intravenös 0,7, dabei weiter Caviblen Ib zweimal täglich.

9. XI. Arthigon intravenös 0,7, Urin dauernd rein, Nebenhoden normal.

10. XI. Verläßt gesund das Spital.

Fall IV. S. W., Gonorrhoe seit zwei Tagen, aufgenommen ins Spital mit Diagnose: Gonorrhoe acuta anterior. Gc. ++.

19. X. Caviblen Ia zweimal täglich, starker Schmerz beim Einführen.

20. X. Caviblen Ia zweimal täglich.

21. X. Große Schwellung des Präputiums, beide Urinportionen trüb, zu Ende der Miktion Blut, Schmerzen beim Urinieren, dickes Eitersekret.

25. X. Ziemlich große Schwellung dauert fort.

26. X. Schwellung kleiner, blutiges Eitersekret. Gc. ++.

27. X. Janet-Spülung.

30. X. Arthigon intravenös 0,2, starker Kopfschmerz, Schüttelfrost, Temperatur anfangs 39,6, gegen Abend 37.

2. XI. Janet, Urin trüb in beiden Portionen. Gc. +.

4. XI. Arthigon intravenös 0,5, dabei lokal Merlusan solutio zum Einspritzen von nun an jeden Tag.

6. XI. Patient fühlt sich besser.

7. XI. Arthigon intravenös 0,4, leichter Schüttelfrost, keine Temperaturerhöhung.

11. XI. Arthigon intravenös, Merlusan, erster Urin fast rein, zweiter rein.

15. XI. Gesund entlassen.

Fall V. H. K., 21 Jahre alt, Gonorrhoe seit drei Wochen. Ins Spital aufgenommen am 25. X. mit Diagnose: Gonorrhoe ac. anterior, dabei Balanitis erosiva. Gc. ++.

Die ersten drei Tage beibt die Gonorrhoe infolge der Balanitis unbehandelt. Urin erste Portion trüb.

29. X. Caviblen Ia zweimal täglich von nun an jeden Tag.

3. XI. Urin erste Portion rein, darin Schleimfäden. Gc. —. Arthigon intravenös 0,3, leichter Kopfschmerz, Temperatur nach der Injektion 37,8, abends 37,5.

5. XI. Urin ganz rein.

6. XI. Arthigon intravenös 0,5, Kopfschmerz stark.

9. XI. Arthigon intravenös 0,7, Urin rein, Caviblen Ib zweimal täglich.

11. XI. Arthigon intravenös 0,8, Gc. —, Urin dauernd rein.

15. XI. Geheilt entlassen.

Subakute Fälle:

Fall I. St. W., 21 Jahre alt, seit fünf Tagen Gonorrhoe, aufgenommen ins Spital am 3. X. mit Diagnose: Gonorrhoe subacuta anterior.

Behandlung anfangs: Janet-Protargol. Gc. ++.

19. X. Caviblen Ia zweimal täglich. Schmerz beim Einführen infolge zu engen Orifiziums.

20. X. Caviblen Ia zweimal täglich. Erste Urinportion halb trüb.

21. X. Caviblen IIIa (bestimmt für weibliche Urethra, kurz und dünn) infolge Blutens des Orifiziums. Von nun an täglich diese Sorte zweimal.

25. X. Urin erste Portion trüb.

30. X. Erste Portion rein, weiter Caviblen IIIa zweimal täglich.

31. X. Arthigon intravenös 0,2, leichter Kopfschmerz, Schüttelfrost.

Digitized by Google

2. XI. Urin rein, Gc. —.

4. XI. Arthigon intravenös 0,5, dabei Caviblen IIIa zweimal täglich.

5. XI. Urin dauernd rein.

7. XI. Geheilt entlassen.

Fall II. H. C., 29 Jahre alt, seit acht Tagen Gonorrhoe, aufgenommen ins Spital am 9. IX. mit Gonorrhoe subacuta anterior. Gc. +.

Anfangs Janet-Protargol-Albargin.

19. IX. Caviblen Ia zweimal. Urin erste Portion ganz trüb.

20. IX. Caviblen Ia zweimal täglich. Starkes Brennen bei Miktion und leichte Schwellung des Präputiums.

21. IX. Pause.

22. IX. Von nun an wird Caviblen Ib zweimal täglich eingeführt, ohne das Patient etwas Unangenehmes verspürt (leichte Gewöhnung an das Mittel).

28. IX. Urin erste Portion trotz zweimaliger Caviblenbehandlung täglich dauernd trüb; Arthigon intravenös 0,2, Temperatur nach der Injektion 38,2, starker Kopfschmerz durch drei Stunden, kein Schüttelfrost.

29. IX. Gc. —.

31. IX. Arthigon intravenös 0,4. Erste Portion Urin trüb.

2. X. Erste Portion Urin etwas klarer.

4. X. Arthigon intravenös 0,5.

7. X. Arthigon intravenös 0,8, dabei immer noch Caviblen Ib zweimal täglich.

14. X. Arthigon intravenös 1 g. Erste Urinportion dauernd trüb.

16. X. Caviblenbehandlung aufgelassen, von heute Janet-Spülung, dabei Albargin.

21. X. Urin viel reiner.

29. X. Geheilt entlassen.

Resümee: Wir besitzen in der Bruckschen Caviblentherapie eine sehr gute antigonorrhoische Methode. Was am meisten lobenswert bei dieser Behandlung ist, das ist das frühzeitige — manchmal schon nach 3 Tagen, durchschnittlich nach 8—12 Tagen — vollständige und dauernde Verschwinden der Gonokokken. Wenn man von den Fällen absieht, wo das Einführen der Caviblenstäbchen infolge des sehr akuten Stadiums der Erkrankung überhaupt nicht vertragen wird (Fall IV), wo vielleicht eine individuelle Überempfindlichkeit vorliegt, oder wo die Stäbchen sich als zu dick (infolge Enge des Orifiziums), oder als zu lang (kurze Harnröhre bei ganz jungen Individuen) erweisen, so müssen wir die Durchschnittsdauer des Trippers nach Caviblenbehandlung mit 16—22 Tagen bemessen, was natürlich einen großen Fortschritt gegenüber der bisherigen Behandlung bedeuten würde. Allerdings besteht auch bei manchen Trippern eine im engsten Sinne des Wortes Gewöhnung an das Uranoblen (Fall II subakuter Fälle), d. h. der ganze Prozeß reagiert auf dasselbe sehr wenig oder gar nicht, so daß ein Fortschritt trotz längerer Behandlung nicht zu verzeichnen ist. In solchen Fällen sind wir gezwungen, zu einem der alten Mittel zu greifen. Auch die von Matzenauer eingeführte Merlusansolution zur Einspritzung hat sich mir gut bewährt.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Das harte traumatische und rheumatische Ödem, von A. Grundler. (Diss., Rostock 1913.) Das harte Ödem entwickelt sich in seltenen Fällen nach geringfügigen, nicht verletzenden Traumen in Form einer enorm derben, weit ausgebreiteten Schwellung (meist an Hand oder Fußrücken). Es ist bis jetzt in ca. 50 Fällen beschrieben worden. Dieselbe Affektion ist auch im Gefolge des akuten Gelenkrheumatismus nachzuweisen. Pathognomonisch für die Erkrankung ist die akute Knochenatrophie. Aus dem Charakter der letzteren ergibt sich allein schon die Unabhängigkeit des harten Ödems von jeder artikulären Flexion. Die Ursache des harten Ödems dürfte zunächst in einer mechanisch-molekularen oder infektiös-toxischen Schädigung des peripheren Nervenplexus oder des peripheren Gewebsprotoplasmas selbst liegen, also in einer direkten pathologischen Beeinflussung des dem Flüssigkeitsaustausch dienenden peripheren Gewebsmechanismus. Die richtige Beurteilung des Krankheitsbildes, ob eine direkte peripher organische Störung einerseits, Angioneurose oder Hysterie andererseits oder gar Simulation vorliegt, ist bisher nicht entschieden, so wichtig dies bei der Hartnäckigkeit des Leidens für den Gutachter wäre. Fritz Loeb-München.

Angioneurotisches Ödem, von Jacob Munter Lobsenz-New York. (M. Record, 31. Mai 1913.) Kasuistik. W. Lehmann-Stettin.

Über die Pathogenese der Quinckeschen Krankheit, von Le Calvé. (Gaz. med. de Nantes, 19. April 1913.) Der Verfasser teilt die Krankengeschichte einer an Quinckeschem Ödem leidenden Frau mit. Die Krisen zeigten einen unleugbaren Zusammenhang mit alimentärer Anaphylaxie und die Ödeme saßen in einer Gegend, in welcher einige infolge Zahnkaries in chronisch entzündlichem Zustande befindliche Nerven verliefen. Außerdem litt die Patientin an Angioneurosen und an Hypothyroidismus.

A. Gunsett-Straßburg.

Zur Kenntnis des hyperplastischen Gesichtsödems, von Nobl. (W. m. W., 1913, Nr. 19.) Einige in den letzten Jahren beobachtete Fälle von symmetrisch angeordneter massiger Auftreibung der Gesichtsweichteile berechtigen Verfasser, ihr die Sonderstellung eines deutlich abgegrenzten Symptomenbildes einzuräumen. In der Vorgeschichte dieser Kranken findet sich immer das habituelle Erisypel. Die ganze Art ist der weichen Elefantiasis anderer Körperregionen gleichzustellen.

Haas-Hamburg.

Zur Pathogenese des nephritischen Ödems, von Leo Pollak-Wien. (W. kl. W., 29. Jan. 1914, Nr. 5.) Experimentelle Untersuchungen mit Uran, aus denen hervorgeht: „Der Stoffaustausch zwischen dem Blute und dem Lymphraum der Peritonealhöhle weist bei den mit Exsudation einhergehenden toxischen Nephritiden deutliche Veränderungen gegenüber der Norm, resp. der stets ohne Exsudatbildung einhergehenden Kantharidinnephritis auf. Die Durchlässigkeit der Gefäßwände erwies sich dabei nicht erhöht, sondern vermindert, da die injizierten Salze langsamer aus dem Blute in die Exsudatflüssigkeit übertraten. Eine weitere Störung besteht darin, daß bei der Urannephritis Zucker und Kochsalz in den Exsudaten in größerer Konzentration als im Serum aufgestapelt werden. Da sich diese Störungen gerade nur bei den mit Ödemen einhergehenden Nephritiden finden, werden wir sie mit dem Vorgang der Ödembildung in ursächlichen Zusammenhang bringen dürfen. Jedenfalls zeigen diese Untersuchungen,

Digitized by Google

daß die Vorgänge bei der Entstehung der Exsudate und Ödeme sehr kompliziert sein müssen und vorläufig einer einfachen Deutung unzugänglich sind."

W. Lehmann-Stettin.

Über die Frage der Kochsalzretention bei Nephritis, Herzkranken und Pneumonie und über die Entstehung der Ödeme, von Ida Hoff. (Schweiz. Korr. Bl., 1913, Nr. 45.) Verfasserin zieht aus ihren Versuchen, die sie ausführlich mitteilt, den Schluß, daß für die Entstehung der Ödeme bei Nephritis nicht, wie man bisher annahm, die Kochsalzretention im Gewebe maßgebend sei, sondern daß Kochsalz- und Wasserretention voneinander unabhängige Störungen der Nierenfunktion seien. Dem retinierten Kochsalz spricht sie eine schädigende Wirkung auf die Gefäßwandungen zu, die diese für Wasser durchgängiger macht. Valentiner-Leipzig.

Das generelle akute Ödem des Fötus, von C. Sauvage. (Ann. de Gynaec. et d'obst., Juli 1913.) Unter drei Föten, welche diese Krankheit hatten, konnte in einem Falle der Verfasser auch die sehr reichliche Ödemflüssigkeit untersuchen. Er fand dabei, daß die Chloride sowohl im Gesamtblut, als besonders in der Ödemflüssigkeit im Vergleich zum Serum sehr erhöht waren. Diese Hyperchlorierung war mit bedeutenden Veränderungen der Leber, der Nieren und der Milz vergesellschaftet. Diese Befunde bestätigen die Rolle, welche der Chloridevermehrung in der Pathogenese der fötalen Wassersucht zugeschrieben wird und die Notwendigkeit der prophylaktischen Verabreichung einer chloridarmen Kost bei Schwangeren mit Nierenläsionen.

A. Gunsett-Straßburg.

Über Ödeme, die durch große Alkalidosen hervorgerufen werden (Sodaödeme), von M. J. Breitmann-St. Petersburg. (Zbl. f. inn. Med., 1913, Nr. 25.) Bei vielen Kindern beobachtete Verfasser nach großen Alkalidosen bei Azidose Ödeme mit unerklärbarer Gewichtssteigerung, die nicht von einer Besserung des Allgemeinbefindens begleitet war. Die prognostische Bedeutung war eine sehr schlechte. Ähnliches fand er bei der Behandlung der eitrigen Kolizystitiden bei Kindern, die eine alkalische Malzsuppe besser vertrugen als reine Alkalipräparate. Diese Behandlung rief bei ihnen nicht Präödeme, sondern echte Gewichtszunahme mit Besserung des Allgemeinbefindens hervor. Dieselben guten Resultate ergab die Behandlung chronischer Darmerkrankungen, septischer Prozesse, besonders der Gicht. Da in vielen Fällen die Alkalidarreichung unbedingt nötig ist, so könnte man vielleicht durch entsprechende Kombination ihre hydropigene Wirkung vermindern, z. B. Kombination der Alkalien mit Magnesia sulfurica, Natrium aceticum, Pilokarpineinspritzungen usw. Georg Heymann-Elbing.

Über Ödeme durch Natrium bicarbonicum, von H. v. Wyss-Zürich. (D. Arch. f. klin. Med., 1913, Bd. 111, Heft 1 u. 2.) Auf Grund von 16 eigenen Versuchen kommt Verfasser zu dem Resultat, daß Ödeme durch Darreichung von Natr. bic. nur bei einer Disposition des Organismus zum Auftreten von Ödemen überhaupt entstehen, sei es infolge von Nierenerkrankung oder einer Läsion der Gefäße. In solchen Fällen bleibt dann eine große Menge Na im Körper zurück, die entweder durch Cl, oder wenn solches nicht in genügender Weise zur Verfügung steht, durch H_2CO_3 abgesättigt wird und als gelöstes Na-Salz Wasser als Lösungsmittel mit zurückbehält.

Georg Heymann-Elbing.

Neue Vorschläge für operative Eingriffe bei Ödemen und Varizen der unteren Extremitäten, von Giuseppe d'Oria-Siena. (Riforma med., 1913, Nr. 49.) Auf Grund theoretischer Betrachtungen und klinischer Erfahrungen empfiehlt Verfasser eine neue von seinem Lehrer Biondi in zwei Fällen mit Erfolg angewandte Operationsmethode — doppelte Ligatur und Resektion der Arter. femoral. superficial. und Enukleation der

Digitized by Google

vergrößerten Inguinallympfdrüsen —, wodurch bei Heilung per primam fortschreitende Besserung der lokalen Bedingungen und langsames graduelles Verschwinden der Schmerzen und des Ödems erzielt wurde. Verfasser fügt hinzu, daß diese neue Operationsmethode, da von einfacher Technik, für jeden Chirurgen leicht ausführbar und besonders rationell, frei von jeder Unbequemlichkeit und von großem Nutzen für die Dauerhaftigkeit einer radikalen Heilung sei. E. Rossen-Wiesbaden.

Zur operativen Behandlung des chronischen Ödems, von W. Boecker-Lüdenscheid. (M. m. W., 1913, Nr. 32.) Eine 58jährige Frau litt nach einer sonst erfolgreichen Mammaamputation an keloider Entartung der Narben und, als weitere Folge, an einer seit Jahresfrist stationär gebliebenen, sehr erheblichen ödematösen Verdickung des ganzen Armes der entsprechenden Seite. Unter Lokalanästhesie machte Verfasser nach dem Vorgang von Kondoléon-Athen einen 20 cm langen Einschnitt auf der Dorsalseite des Oberarms und exzidierte aus der freigelegten Faszie einen Streifen von 15 cm Länge und 3—4 cm Breite. Darauf wurde die Wunde mit Knopfnähten geschlossen. Es erfolgte Heilung per primam, und es ist seitdem eine sehr erfreuliche Abnahme der Schwellung eingetreten und auch wenigstens vier Wochen bestehen geblieben.

Philippi-Salzschlirf.

Über die chirurgische Behandlung des elefantiastischen Ödems, von Martinez Angel. (Rev. am. scienc. med., Nr. 109, September 1913.) Der Verfasser stellt ähnlich wie Kondoléon durch einen Einschnitt in die Muskelaponeurose eine Kommunikation der oberflächlichen mit den tiefen Lymphgefäßen her. A. Gunsett-Straßburg.

Starker Dermographismus, von Carry. (Lyon méd., 1914, Nr. 8.) Bei dem Patienten entstehen 30 Sekunden nach Reinigung der Haut 2—3 mm hohe weiße Streifen, die mehrere Stunden anhalten. Es findet sich bei ihm kein innerliches oder nervöses Leiden. Bis zur Revolution 1789 wurden Leute, die der Zauberei angeklagt waren und Dermographismus hatten, meist verbrannt. Richard Frühwald-Leipzig.

Über anämische Dermographie im Kindesalter, von Karasawa-Tokio. (W. m. W., 1913, Nr. 44.) Bei Kindern unter 2 Jahren wurde das Phänomen nie gesehen, auch wenn solche Kinder an Masern oder Scharlach litten.

Bei Masernkindern von $2^1/_4$—10 Jahren war in 80 % der Fälle negativer, in 20 % positiver Dermographismus vorhanden.

Bei Scharlach ist das anämische Phänomen auf der Höhe der Krankheit vom 1.—7. Tage fast immer nachweisbar, in späteren Perioden wird es schwächer und tritt langsamer auf. Valentiner-Leipzig.

Bemerkungen zur Entstehung und Behandlung der chronischen Urtikaria, von Hans Herz-Breslau. (Wien. klin. Rdsch., 1913, Nr. 38—39.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Anaphylaktische Reaktion bei Urtikaria, von Widal, Abrami, Brissaud und Joltrain. (Bull. méd., 1914, Nr. 12.) Ein Patient litt seit 6 Jahren nach Genuß von tierischem Eiweiß (namentlich Eiern) an einer Riesenurtikaria vom Typus des Quinckeschen Ödems. Die nähere Untersuchung ergab, daß rasch nach der Einführung von Eiweiß eine Blutreaktion eintrat, bestehend in Leukopenie bis 2000, Sinken des Blutdruckes, leichte Koagulationsfähigkeit des Blutes und Herabsetzung des refraktometrischen Index. Diese Erscheinungen gingen den Hautsymptomen mehrere Stunden voraus; traten diese ein, so waren jene schon verschwunden. Manchmal war der Einfluß des eingeführten Eiweißes nur an der Blutveränderung zu erkennen; es kam zu keinen Hauterscheinungen und der anaphylaktische Schok wäre unbemerkt verlaufen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Beitrag zur Kalziumtherapie (Kalzine) bei Urtikaria im Wochenbett, von K. Bollag-Basel. (M. m. W., 1913, Nr. 45.) Eine 31jährige Frau erkrankte am siebenten Tage nach einer spontan erfolgten Entbindung mit intensiver Urtikaria, welche trotz palliativer Behandlung drei Tage lang anhielt, bis eine intraglutäale Injektion von Kalzine sowie eine Spritze Narkophin verabreicht wurden. Am nächsten Morgen war der Ausschlag nebst allen subjektiven Beschwerden bis auf geringe Läsionen (Ödem) an den Händen verschwunden. Nach einer zweiten Injektion vergingen auch diese letzten Reste vollständig. Kalzine ist ein von Merck-Darmstadt in Phiolen zu 10 ccm abgegebenes Präparat, das 5 % $CaCl_2$ und 10 % Gelatine enthält. Man sterilisiert durch Einstellen der Phiole auf 10 Minuten in kochendes Wasser und injiziert, nachdem man auf Körpertemperatur hat abkühlen lassen. Philippi-Salzschlirf.

Die diätetische Therapie der Urtikaria, von H. Salomon-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 35.) Seit einigen Jahren hat Verfasser von der Darreichung einer eiweißarmen Kost eine eklatante Wirkung auf Urtikariaeruptionen gesehen. Er hält diese Wirkung für leicht verständlich, wenn man die Urtikaria als Ausdruck einer Antikörperbildung auf das Eindringen artfremden Eiweißes ansieht. Aber auch, wenn man in der Aufnahme gewisser, im Darmkanal entstehender Basen die Ursache der Urtikaria sucht, sollte die therapeutische Konsequenz die Ausschaltung der alimentären Eiweißkörper sein, aus welchen sich jene Basen bilden. Strenge Diät wurde gewöhnlich 14 Tage lang durchgeführt und dann ganz allmählich mit Milch, Eiern usw. zur gewöhnlichen Kost zurückgekehrt. In den ersten Tagen wurde nur Tee oder Kaffee mit reichlich Zucker, Zitronensaft, Traubensaft, etwas Schrotbrot mit reichlich Butter, Reis, Grieß, Gerste, Haferflocken usw. gegeben; dazu Blattgemüse, Kartoffeln, rohes und gekochtes Obst. W. Lehmann-Stettin.

Über Rheumatismus nodosus, von Otto Leeser. (Diss., Berlin 1912.) Fritz Loeb-München.

Zur Therapie der kalten Füße, von Alfred Fraenkel-Berlin. (Klin. ther. Wschr., 1912, Nr. 48.) Empfehlung des Dermotherma. W. Lehmann-Stettin.

Die Raynaudsche Krankheit, ein Symptom der angeborenen Syphilis, von A. Bosányi-Budapest. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 10.) Ein $1^1/_2$jähriges Kind wurde von der 6. Lebenswoche an im poliklinischen Ambulatorium wegen Lues congenito behandelt. Die Eltern nahmen seit 2 Wochen wahr, daß Hände und Füße täglich 4—5mal blau werden, etwa auf die Dauer einer Stunde. Das mäßig entwickelte und genährte Mädchen ist geringgradig rachitisch. Die Milz ist konsistent. Auf der ganzen linken Hand, auf der Haut des rechten und linken Fußrückens bis zum Gelenk war am nächsten Tage eine 3 Stunden anhaltende starke Zyanose. Bevor diese auftritt, werden die Glieder auf eine Zeit lang weiß, dann fangen sie an rot zu werden und die rote Farbe geht bald ins Liviablaue über, an den Fingerspitzen anfangend. Die vollkommene Entwicklung der Zyanose tritt in $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden ein. Nach 3 Tagen entwickelt sich unter einer Dunstkompresse Zyanose, aber sie ist weniger intensiv. Am 4. Tag war auf dem linken Fußrücken eine blasse Zyanose zu sehen, die bis nachmittags angehalten hat. Am 5. Tage stellte sich keine Zyanose ein. Am 6. Tage wird wegen Demonstration artefiziell Zyanose hervorgerufen. Die Gliedmaßen wurden in kaltes (16°) Wasser getaucht, nach 10—15 Minuten entwickelte sich eine intensive Zyanose. Die rechte Hand wurde nicht blau. Wassermann-Reaktion ++, Salvarsan in neutraler Emulsion in Form von intramuskulären Injektionen wurde gegeben. Auf jedes Kilo Körpergewicht 0,01 g Salvarsan gerechnet. Am nächsten Tage war noch mäßige Zyanose, von da ab stellte sie sich nicht mehr ein.

Digitized by Google

Elf Tage später wurden die Glieder nur rot. Drei Monate später gab Wassermann-Reaktion negatives Resultat. Nekrotische Hautteile wurden etwa nach 2 Monaten ohne jede Behandlung abgestoßen. Nach 5 Monaten Rezidive. In der letzten Woche wurden die Glieder auch zweimal zyanotisch, diesmal aber auch die rechte Hand. Wassermann-Reaktion +++. Aufs neue Salvarsaninjektionen. Seitdem trat eine kurze Zeit lang keine Zyanose mehr auf. Einen Monat später Resultat der Wassermann-untersuchung negativ. Seit 2 Jahren rückfallsfrei.

Ein 2jähriges Mädchen mit mäßiger Rachitis hatte auf dem Nacken und dem Halse einige erbsen- bis bohnengroße, konsistente, schmerzlose Drüsen. In der Mitte des Gaumens ein Ulkus mit speckiger Basis. Neben der Mastdarmöffnung ulzerierendes, nässendes Kondylom. Wassermann-Reaktion +++. Salvarsaninjektion intramuskulär. Drei Tage später wurde der Ulkus etwas reiner, das Kondylom näßt nicht mehr. Auf beiden Händen und Füßen tritt Zyanose auf, die Glieder werden kalt und der Puls kann kaum gefühlt werden. Die Berührung tut weh. Zyanose trat vor einem Monate zum erstenmal auf und seither wiederholte sie sich einigemal mit verschiedener Intensität. Nach 4 Wochen kann sie auch artifiziell nicht mehr hervorgerufen werden, 2 Wochen später überhaupt keine Zyanose mehr. Wassermann-Reaktion negativ. Die Kinder standen seit ihrer Geburt bzw. während ihrer Behandlung wegen Lues congenita bis zum Alter von $1^1/_2$—2 Jahren unter Beobachtung des Verfassers. Symptome der Raynaud-Krankheit stellten sich überhaupt nicht ein; die Krankheit tritt ohne jedes Luessymptom auf und verschwindet bei spezifischer Luesbehandlung wieder. Wassermann-Reaktion war negativ während der Dauer und wurde wieder positiv beim Rückfall. Der zweite Fall rezidivierte nicht. Porosz-Budapest.

Zur Therapie der Raynaudschen Krankheit, von R. Schreiber-Berlin. (M. m. W., 1913, Nr. 23.) In der Bierschen Klinik wurde bei 2 Fällen dieses Leidens ein sehr gutes Resultat durch Massage unter der Heißluftdusche erzielt. Es handelte sich um Frauen im Alter von 36 resp. 42 Jahren, von denen die eine zuerst nach Noesske mit Inzisionen an den Fingerkuppen und Saugglocke behandelt worden war. Dieses Verfahren hatte zunächst sehr günstig gewirkt, doch hatte die scheinbare Heilung nur etwa $^1/_4$ Jahr lang vorgehalten. Unter Benutzung des Klappschen Heißluft-Gri-Apparats wurde einen Tag um den anderen, eventuell auch mit größeren Zwischenzeiten, je fünf Minuten lang in einer Entfernung von etwa 1 Meter von der Ausströmöffnung des Apparates massiert, bis in relativ kurzer Zeit Heilung erzielt wurde.

Philippi-Salzschlirf.

Mitralstenose und Raynaudsche Krankheit, von F. Mouisset, P. Savy und J. Galé. (Lyon méd., 1913, Nr. 17.) Verfasser bringen die genauen Krankengeschichten von zwei Patientinnen, die an typischen Mitralaffektionen gestorben waren. Die eine zeigte Asphyxie der Extremitäten mit Kältegefühl und Ameisenlaufen, die andere hatte typische Anfälle lokaler Synkope. Histologisch konnte bei ihr keine Endarteriitis nachgewiesen werden. Dennoch glauben die Verfasser, daß der Raynaudschen Krankheit eine Erkrankung der Arteriolen zugrunde liege. Die Mitralerkrankung spielt eine unterstützende Rolle durch mangelhafte Blutzufuhr wie durch venöse Stenose.

Richard Frühwald-Leipzig.

Fall von Raynaudscher Krankheit, von Drury. (Dublin Journ., Februar 1914.) Das Leiden trat bei dem 32jährigen Manne perakut auf. Als Verfasser den Patienten zum ersten Male sah, zeigte die rechte Hand lokale Asphyxie, die linke bereits beginnende Gangrän; links war der Puls gar nicht, rechts nur schwach zu fühlen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Neurovaskuläre Gangrän, von M. D. Bloomfield-Philadelphia. (M. Record, Nov. 1913.) Zu der Gruppe der vasomotorischen und trophischen Neurosen gehören die Erythromelalgie, Akroparästhesie, Sklerodermie, Thromboangitis und Endarteriitis obliterans, intermittierendes Hinken usw. Alle diese Erkrankungen sind nach Verfasser nur Stadien einer Gefäßerkrankung, deren letzte, oft nicht erreichte Stufe das bekannte Bild des Raynaud bietet. Verfasser hat die Erkrankung unter 30 Fällen 28 mal bei Juden, die er darum für besonders prädisponiert hält, beobachtet, und hat das eine Krankheitsbild so oft in das andere übergehen sehen, daß er eine einheitliche Bezeichnung für das Richtige erachtet. Er beschreibt 16 seiner Fälle ausführlich, geht auf die noch nicht ganz aufgeklärte Ätiologie ein (Erkältungen, Trauma, Malaria usw.) und bespricht kurz die verschiedenen Behandlungsmethoden, die alle schließlich in chirurgischen Maßnahmen gipfeln müssen; er empfiehlt sehr frühzeitigen Eingriff und warnt vor Narkotizis und Teerpräparaten. W. Lehmann-Stettin.

Roseola infantum, von John Zahorsky-St. Louis. (J. am. m. Ass., 18. Oktober 1913.) Vor fünfzig Jahren spielte die „Roseola infantilis" eine wichtige Rolle in der Terminologie der Autoren über Hautkrankheiten. Da jedoch eine große Reihe verschiedenartiger Eruptionen unter dieser Bezeichnung untergebracht wurden, wurde auf den Rat der Dermatologen hin der Name völlig aufgegeben. Der Verfasser läßt nun die Roseola infantilis wieder aufleben: der Patient ist fast immer ein Kind unter drei Jahren, das plötzlich unter hohem Fieber erkrankt. In den ersten drei oder auch vier Tagen ist mangels objektiver Symptome eine Diagnose unmöglich. Die Temperatur wird sodann normal oder fast normal und zu gleicher Zeit erscheint im Gesicht und am Hals ein masernähnliches Exanthem, das sich sehr schnell über den Körper ausbreitet. Die Eruption verschwindet in 24—48 Stunden, ohne Komplikationen zu verursachen; auch keine Schälung tritt auf. Die Erkrankung ist nicht infektiös; ihre Ätiologie ist unbekannt. Vielleicht ist sie auf eine intestinale Intoxikation zurückzuführen; näheres hierüber ist jedoch unbekannt. Differentialdiagnostisch kommen ernstlich nur Masern in Betracht, doch sind diese von der Roseola infantum völlig zu trennen.

Fendt-Wiesbaden.

Polymorphes Erythem mit eigenartigen Augenläsionen, von Touland und Chevalier. (J. des pratic., 1913, Mr. 26.) Die Verfasser teilten in der Sitzung vom 20. Juni der „Société médicale des hôpitaux" mit, daß sie im Verlauf eines Erythema nodosum eine Episkleritis am unbedeckten Teile des Augapfels konstatierten. In der Umgebung des Kranken fanden sich drei Fälle von Spitalansteckungen mit Erythema nodosum. Diese Tatsache zeigt genügend, daß diese Erkrankungen in den ersten Perioden kontagiös ist und durch ein spezifisches Virus hervorgerufen wird.

A. Gunsett-Straßburg.

Septikämie mit artikulären, kutanen (Purpura) und subkutanen (große, diffuse subphegmonöse Ödeme) Lokalisationen, von H. Gongerot und Meaux Saint-Marc. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 59.) Die beiden mitgeteilten Krankengeschichten stellen zwei extreme Beispiele der septikämischen Infektion mit kutanen Manifestationen dar. Im ersten Fall handelte es sich um eine schwere Enterokokkämie, welcher der Kranke beinahe erlag, während die zweite, eine Streptokokkämie, immer benign verlief und nie zu Besorgnissen Anlaß gab. Diese beiden Infektionen waren durch gleichartige Lokalisationen gekennzeichnet: Arthralgien, Arthitis, purpurische Papeln und Flecken, große subkutane infektiöse Ödeme, welche an diffuse Phlegmone erinnerten, aber bald wieder besser wurden, sich rasch resorbierten und benign blieben. Diese infektiösen Ödeme waren im ersten Falle mit sekundärer Lymphangitis, im zweiten Fall mit erysipeloider Rötung der Haut vergesellschaftet. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Ein Fall von septischem Erythem (pyraemia Merk.), von J. Gerber-Kolozsvár. (Bör-és Bujakórtan, Beiblatt des Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 2.) Alle Veränderungen, welche auf der Haut als Erytheme, Purpura, Papeln, Vesikeln, Pusteln von verschiedener Größe und Aussehen erscheinen, sie mögen ganz oberflächlich, klein oder tiefsitzende konsistente Knoten, mit verwaschenen oder scharfen Grenzen, schmerzhaft oder nicht, von Ödem kleinern oder größern Grades begleitet sein, müssen als Metastasen angesehen werden, weil der eigentliche Prozeß die Sepsis ist und die durch den Blutstrom in das Blut gelangten Bakterien ihre Wirkung entfalten. Die leichteren Fälle wurden von vielen Verfassern als angioneurotischen Ursprungs bezeichnet. Nur die schweren, teilweise betonten Fälle deutete er an als Sepsis. Diese unterscheiden sich nur bezüglich der Schwere von den früher erwähnten, aber nicht bezüglich ihres Wesens. Ein 19jähriges Dienstmädchen hatte vor zwei Monaten Halsschmerzen und bekam dann auf Händen und Füßen rote Ausschläge, die beim Entstehen ein brennendes Gefühl hervorriefen, später kaum schmerzhaft, eher druckempfindlich waren. Diese Ausschläge bekam sie gewöhnlich in Begleitung von Schüttelfrost und verschwanden nach kürzerem Bestand spurlos. Sie selbst fühlte sich so wohl, daß sie ihre Arbeit verrichten konnte. Später kamen Schüttelfröste und Ausschläge häufiger. Sie fühlte sich matt und müde. Mit der Diagnose Erythema exsudativum multiforme wurde sie aufgenommen. Die Umgebung der Augen war ödematös gedunsen, so daß sie ihre Augen nicht öffnen konnte. In der Gegend des Arcus zygomaticus waren in der ödematösen Subkutis diffuse Blutungen. Die Nasenöffnungen waren mit blutigem Grind angefüllt, epithellos und leicht blutend. In der Umgebung der Nasenöffnungen waren kleine oberflächliche frische, punktartige Blutungen. Die Lippen waren aufgesprungen, an ihrer innern Fläche waren linsengroße, teilweise noch intakte und mit blutigem Serum gefüllte Bläschen, teilweise schon gesprungen. Die Zunge war stark belegt (Tremor). Auf dem Halse, in der Achselhöhle, in der Brustgegend, auf dem Bauche hirsen- bis linsengroße, lebhaft rote, ein wenig sich erhebende ödematöse Papeln, zwischen denen nadelstich- bis linsengroße frischere und ältere Blutungen sind. Die Hände, Unterarme, Füße und teilweise auch Schenkel waren ödematös und zwar auf ihren Streckseiten. Stellenweise sind kleinere und pflaumenkerngroße Blasen, deren Inhalt teilweise reines Serum, teilweise trüb eitrig, stellenweise blutig ist. Es waren auch stecknadelkopfgroße Blutungen oder guldengroße selbständige Blutungen mit verwischten Grenzen. Die Milz ist vergrößert. Der Urin ist bräunlichgelb, enthält Eiweiß in Spuren. Im Satz sind wenig ausgelaugte rote Blutzellen. Nierenelemente sind nicht vorhanden. Temperatur 39,7° C. Behandlung: intravenöse Injektionen mit Kalium aureum cyanatum. Fieber nahm ab. Neuere Eruptionen kamen nicht. Patientin entfernte sich in gebessertem Zustande. Porosz-Budapest.

Streptokokkenseptikämie, Purpura haemorrhagica, konjugierter Strabismus, doppelte metastatische Ophthalmie, Phthisis der Augäpfel, von G. Haltenhoff-Genf. (Rev. Suisse rom., 1913, Nr. 12.) Es handelte sich um einen Fall schwerer Septikämie aus unbekannter Ursache bei einem $8^1/_2$jährigen Knaben, in deren Verlauf unter Fieber am ganzen Körper disseminierte Purpuraflecken auftraten, die am Rumpf nur in geringer Anzahl, an den Extremitäten zahlreicher waren. Ebenso war die Mundschleimhaut befallen. Allmählich ging die Temperatur herunter, und die Purpuraflecke verschwanden. Es trat Heilung ein, allerdings unter Erblindung auf beiden Augen. Aus dem Blute wurden Streptokokken gezüchtet. A. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Kenntnis der Pyämide, von Werther-Dresden. (M. m. W., 1913, Nr. 31.) Verfasser beschreibt hier sechs Fälle, welche als pyämische Erkrankungen der Haut aufzufassen sind; vier von ihnen können infolge ihrer großen Übereinstimmung als eine Gruppe für sich angenommen werden. Bei dieser sind die Eruptionen haupt-

Digitized by Google

sächlich am Gesicht lokalisiert und an den Beugeseiten der Finger und Zehen. Das Zentrum des Gesichts ist stark in Schmetterlingsform befallen von Erythem, Blutaustritten und Abhebung der Epidermis durch blutiges trüb gefärbtes Exsudat, das späterhin zu Krusten eintrocknet. Die Augenlider sind ödematös geschwollen, in den Augenwinkeln und Mundwinkeln bilden sich blutende Rhagaden. An den Fingern sieht man erythematöse, zackig begrenzte Flecke mit Petechien und unregelmäßiger Abhebung der Epidermis durch Exsudat. Die fühlbaren Lymphdrüsen sind allerorts geschwollen und etwas schmerzhaft. Von den vier Fällen endeten 3 tödlich, und nur einer, bei dem es gelang, einen Abszeß der Keilbeinhöhle zu eröffnen und auszuleeren, ging schließlich in Heilung über. Die beiden anderen Fälle, welche von dieser Gruppe abweichende Erscheinungen darboten, gingen auch letal aus. Hierbei sah man auch verschiedentlich Blasenbildungen und erythematöse Läsionen in großer Ausdehnung. Im Blute und auch in den Hautläsionen ließen sich Streptokokken nachweisen. Philippi-Salzschlirf.

Über Erythromelalgie, Bericht über zwei geheilte Fälle, von A. E. Fossier-New Orleans. (New York m. J., 14. Juni 1913.) Die zwei Fälle dieser seltenen, zuerst im Jahre 1872 von Wein Mitchell beschriebenen Krankheit betrafen Frauen im Alter von 25 und 57 Jahren und zeigten beide das charakteristische Bild: bei der einen waren mehr die Unterextremitäten, bei der anderen die Oberextremitäten befallen, zeitenweise um mehr wie das Doppelte verdeckt, blaurot verfärbt und außerordentlich schmerzhaft, so daß erstere Patientin wochenlang nicht imstande war, Schuhe zu tragen und ihr Bett zu verlassen. Plötzliche Veränderungen in der Temperatur — von kalt zu warm — erhöhten gleicherweise in beiden Fällen Schmerzen, Röte und Schwellung, und fortwährend heißes Wetter war nur schädlich, wenn kaltes vorausgegangen war. Beim Hängenlassen der Extremitäten erhöhten sich ebenfalls alle Beschwerden. Die einzige Linderung derselben bestand in eiskaltem Wasser, das man über die erkrankten Glieder laufen ließ; Arsenik wurde in Form von Na. cacodyl. subkutan angewandt, nachdem der Reihe nach interne Antiseptika, Salizylate, große Dosen Brompräparate und Baldrian ohne Erfolg versucht worden sind, und es trat allmähliche Besserung und unter Beihilfe galvanischer (Fuß-)Bäder völlige Heilung in beiden Fällen ein. Was die Ätiologie dieses merkwürdigen Leidens betrifft, so glaubt F. mit Wein Mitchell, daß es sich hierbei um eine Krankheit sui generis handelt, vielleicht eine periphere Neuritis, die eine Schmerzhaftigkeit hervorruft wie kaum eine andere Affektion. Kälteeinwirkung scheint die prädisponierende wie auch direkt wirkende Ursache zu sein. Erythromelalgie kann für Raynauds Krankheit, angioneurotisches Ödem, gewisse Affektionen des Rückenmarks, Endarteriitis obliterans, periphere Neuritis und Neuralgia rubra gehalten werden. Im allgemeinen gilt sie als unheilbar und wird im Gegensatz zu Raynauds Krankheit, wo Atropin so wirksam ist, durch dasselbe nur verschlimmert. Arsenik, als ein mächtiges Tonikum wirkend und Zustand von Blut und Zirkulation bessernd, hat sich Verfasser in Form von kakodylsaurem Natrium, ebenso wie Wendel in Form des Liquor cecidi arsenosi als einziges Heilmittel gegen dieses so schmerzhafte Leiden erwiesen. Nach den Literaturangaben betrifft es Männer wie Frauen in beinahe gleicher Weise, im allgemeinen nur die Füße (Unterextremitäten) und hauptsächlich im Alter zwischen 20 und 40 Jahren. Stern-München.

Zur Kenntnis der Erythromelalgie, von Max Schirmacher-Königsberg. (Arch. f. Psych. u. Nervkrh., 1914, Bd. 53, H. 1.) Häufig werden vasomotorisch trophische Störungen als Begleitsymptom bei Erkrankungen des Gefäßsystems, bei funktionellen Neurosen, vielen Geisteskrankheiten und Krankheiten des peripheren und Zentralnervensystems beobachtet, aber relativ selten sind dieselben als selbstständiges Krankheitsbild. Mit einem dieser selbständigen Krankheitsbilder der Erythromelalgie beschäftigt sich

Digitized by Google

SCHIRMACHER in der vorliegenden Arbeit. Er veröffentlicht sehr ausführlich mit Anamnese, klinischem Verlaufe und Therapie einen einschlägigen Fall. Es waren die Kardinalsymptome der Erythromelalgie: Schmerzen, Rötung und Schwellung der Endglieder vorhanden und ebenso sekretorische und trophische Störungen. Auf Einzelheiten können wir an dieser Stelle nicht eingehen; ich will nur hervorheben, daß die Therapie (Kohlensäurebäder, Aspirin, Tiodine, Adrenalin und Zykloform in Salben) erhebliche Besserung erzielte.

In zahlreichen Fällen sind die Grenzen gegen die RAYNAUDsche Krankheit so verwischt, daß man von einem Konkomittieren beider Erkrankungen (mit oder ohne Gangrän) sprechen kann.

Auch scheint zwischen Arteriosklerose und Erythromelalgie ein Zusammenhang zu bestehen. Besonders schwächliche oder psychopathische Menschen scheinen für die Erythromelalgie prädestiniert zu sein.

Der Verfasser hält es für zweifellos, daß es sich um eine Erkrankung des Gefäßnervensystems, d. h. des sympathischen Systems handle, und zwar um eine Paralyse der Vasokonstriktoren beziehungsweise um einen Spasmus der Vasodilatoren, wofür auch die günstige therapeutische Wirkung des Adrenalins spricht.

Für die Zukunft wird neben der Untersuchung des Gefäßsystems auch auf eine solche der innersekretorischen Organe (Nebennieren usw.) Wert gelegt werden müssen.

Lasch-Breslau.

Beitrag zur Frage der Arzneiüberempfindlichkeit, von A. PÖXLMANN-München. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Von einer 32jährigen, im allgemeinen durchaus gesunden Frau, welche wegen „Erkältung" 0,5 Chinin. hydrochloricum in Lindenblütentee eingenommen hatte und daraufhin prompt ein charakteristisches Exanthem an den Händen und im Gesicht entwickelte, entnahm Verfasser zu Versuchszwecken eine ausgiebige Blutmenge und injizierte einer Serie von Meerschweinchen je 3 ccm des aktiven Serums unter die Rückenhaut. Der Vergleich mit anderen mit normalem Serum resp. gar nicht vorbehandelten Tieren ergab, daß die geimpften Exemplare gegen die nachherige Einverleibung von Chinin in toxischen und subtoxischen Dosen durchaus keine gesteigerte Widerstandsfähigkeit erlangt hatten. Philippi-Salzschlirf.

Hautausschläge nach Gebrauch von Atophan, von JOHN PHILLIPS-Cleveland. (J. am. m. Ass., 27. Sept. 1913.) Neuerdings ist Atophan auch zur Behandlung von Ekzemen und Urtikaria empfohlen worden. Verfasser warnt hiervor, da er bei fünf Patienten Exantheme, ähnlich denen nach Antipyrin, auftreten sah. Fendt-Wiesbaden.

Skarlatiniformes Exanthem nach Atophan, von W. W. HERRICK-New York. (J. am. m. Ass., 11. Oktober 1913.) Beschreibung eines beobachteten Falles; weitere Erläuterungen unnötig. Fendt-Wiesbaden.

Über das gehäufte Auftreten von Exanthemen nach dem Gebrauch von Kopaivabalsam, von W. FISCHER-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 18.) Bekanntlich gibt es eine große Anzahl von Arzneistoffen, die in ihren Nebenwirkungen besonders das Hautorgan treffen, so z. B. Jod, Brom, Quecksilber, Arsen und Antipyrin. Die Exantheme des letzteren können durch ihren eigentümlichen Sitz unter Umständen sogar mit einem Primäraffekt verwechselt werden. Zu diesen Stoffen nun gehört auch, wie Verfasser beobachtet hat — unter 100 Patienten 9 Fälle —, der Kopaivabalsam, ein Harzpräparat, das besonders wegen seiner Billigkeit in der Kassenpraxis viel Anwendung findet. Schon am zweiten Tage nach der Einnahme dieser Arznei entstand ein mehr oder weniger schweres Hauterythem, das sich besonders auf dem Rumpfe und den Extremitäten zeigte, während das Gesicht frei blieb. Klinisch erinnerte der Ausschlag am ehesten an ein beginnendes Scharlachexanthem. Das dabei mehrfach beobachtete

Digitized by Google

Auftreten von Blutextravasaten (Petechien) soll auf einer Schädigung der Gefäßwände oder sogar einer Hämolyse beruhen. Dabei ist auch als differentialdiagnostisch der Eiweißprobe gegenüber zu beachten, daß der Urin von mit Kopaivabalsam Behandelten mit Salpetersäure eine Trübung oder einen weißen Niederschlag gibt, der sich aber in der Wärme wieder löst. Nach diesen Beobachtungen kommt Verfasser zu der Ansicht, daß es besser sei, die, wenn auch teueren Sandelöle (Santyl, Gonosan) zu therapeutischen Zwecken zu verordnen, da dieselben fast vollkommen frei von solchen, wie oben erwähnten Nebenwirkungen seien. Fischer-Dresden.

Das gehäufte Auftreten von Exanthemen nach dem Gebrauch von Kopaivabalsam, von E. Portner-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 22.) Verfasser sah genau wie Fischer, der schon in einer früheren Arbeit darauf hingewiesen hatte, nach dem Gebrauch des wegen seiner Billigkeit von den Krankenkassen zu therapeutischen Zwecken empfohlenen Kopaivabalsams an Stelle des Ol. santali außerordentlich viele scharlachähnliche Exantheme auftreten, die etwa 2—4—6 Tage lang anhielten. Verfasser führt dies auf ungeeignete Beschaffenheit des gegenwärtigen Präparates zurück.

Fischer-Dresden.

Beitrag zum Studium der Pellagra in England, von G. S. Blandy-Napsbury. (Lanc., 1913, Nr. 4697.) Die Zahl der bisher verzeichneten Fälle von einheimischer Pellagra in England vermehrt Verfasser durch elf weitere, sämtlich bei Geisteskranken beobachtete Erkrankungen. Es handelt sich dabei zum Teil um gegenwärtig noch in Behandlung stehende Patienten, zum Teil auch um Fälle, welche nachträglich aus den Aufzeichnungen früher Jahrgänge als pellagrakrank erkannt worden sind. Mit nur einer Ausnahme handelte es sich stets um weibliche Kranke. Die Psychosen, an denen sie litten, waren durchaus nicht durchweg gleichartig. Mangelhafte Ernährung kann wohl keine große Rolle in ätiologischer Hinsicht gespielt haben; bei der Mehrzahl der Kranken traten die pellagrösen Erscheinungen erst nach längerem Anstaltsaufenthalt ein. Eine Einwirkung von Simuliden war nicht ausgeschlossen, konnte aber keineswegs mit Zuverlässigkeit nachgewiesen werden. Philippi-Salzschlirf.

Pellagra in Großbritannien; drei neue einheimische Fälle, von L. W. Sambon-London. (Brit. m. J., 19. Juli 1913.) Bei dem einen Fall handelte es sich um ein 7jähriges Mädchen, das Verfasser allerdings erst nach erfolgtem Tode zu besichtigen Gelegenheit hatte. Nach dem erhobenen Befund aber und dem Bericht des behandelnden Kollegen erklärt er die Diagnose für unanfechtbar. In der Nähe der Wohnung befand sich ein mit Simulium geradezu überschwemmter Bach. Der zweite Fall betraf eine alte Frau, bei welcher S. sich auf die Diagnose des Hausarztes verläßt, während der dritte Fall von ihm selbst untersucht wurde und als ein Fall von typhoider Pellagra bei einer jungen geisteskranken Frau geschildert wird. Verfasser glaubt, daß in England wahrscheinlich mehrere Hunderte von Fällen anerkannt existieren. Maisgenuß als ätiologischer Faktor konnte stets mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden.

Philippi-Salzschlirf.

Seit wann existiert die Pellagra in den Vereinigten Staaten von Amerika? von J. H. Babcock. (Riv. pellagrol. ital., 1913, Nr. 1—3.) Seine bereits früher kurz mitgeteilte Ansicht, daß die Pellagra in Amerika bereits seit langem existiere, führt Verfasser länger aus. Richard Frühwald-Leipzig.

Pellagra in Maine, von Edwin W. Gehring-Portland, Maine. (New York m. J., 20. Dez. 1913.) Die drei von G. beobachteten Fälle betrafen sämtlich weibliche Patienten im Alter von 34—59 Jahren und zeigten neben den charakteristischen intermittierenden Magen-Darm-Erscheinungen Haut- (Dermatitis in scharf abgegrenzter Weise) und vor allem psychische und nervöse Störungen. Ohne daß es möglich war, genauere Aufklärung

Digitized by Google

über die Ätiologie dieser Fälle zu erhalten, bilden sie einen weiteren Beweis für die täglich mehr sich durchbrechende Ansicht, daß Pellagra keineswegs eine auf die tropischen Gegenden beschränkte Krankheit sei. Diese Patienten hatten niemals die Gegend, wo sie geboren waren und lebten, verlassen und die zwischen 42. und 46. Breitengrad liegt. Alle hatten Magen-, Darm- und typische Haut-, jedoch nur zwei bis jetzt psychische Störungen, welche ersteren vorangingen. Während in einem Falle die Wohnungsverhältnisse sehr schlechte (schmutzig und überfüllt) waren, entsprechen dieselben in den zwei anderen allen hygienischen Anforderungen, so daß auch in dieser Beziehung eine ätiologische Aufklärung fehlt. Stern-München.

Die Ätiologie der Pellagra. Eine Übersicht der neueren Theorien, von Paul Bartholow-New York. (New York m. J., 27. Dez. 1913.) Auch nach den neuesten Forschungen scheint es festzustehen, daß verdorbener Mais bei der Pellagra jedenfalls von ätiologischer Bedeutung ist, daß aber daneben noch verschiedene andere Umstände zusammenwirken müssen, um den bekannten Symptomenkomplex hervorzurufen. Es sind dies Armut, schlechte Ernährungsverhältnisse, möglicherweise auch Parasiten und Insekten, die in der Nähe stehender Gewässer leben (Filaria); aber keine dieser Ursachen ist die ausschließliche der Pellagra. Dieselbe stellt sozusagen das gerade Gegenteil des normalen hygienisch-ökonomischen Zustandes dar, und diese Wahrheit betrachtet B. als ein trostreiches Gegengewicht gegenüber der Unfähigkeit, die anderen Ursachen zu erkennen. Stern-München.

Eine ausführliche Untersuchung über die Möglichkeit der ätiologischen Übertragung der Pellagra durch Insekten, von A. W. Jennings und W. V. King-Washington. (Am. J. m. Sc., Sept. 1913.) Verfasser haben mehrere Monate hindurch in Spartanburg County, einem Teile vom Staate Südcarolina, wo Pellagra ein ziemlich stark verbreitetes Leiden ist, eingehende Untersuchungen angestellt, um die Rolle zu konstatieren, welche Insekten verschiedener Art, Stechmücken, Stubenfliegen, Stallfliegen, Simulium usw. bei der Übertragung des Leidens spielen mögen. Es wurde dabei ganz systematisch vorgegangen, und der hier publizierte Bericht ist recht eingehend abgefaßt. Dabei wurden unter einer Gesamtbevölkerung von 83465 Menschen 279 Fälle von Pellagra gezählt. Im allgemeinen ist von den Beobachtungen zu sagen, daß dieselben keinen direkten Zusammenhang zwischen dem Auftreten des Leidens und dem reichlichen Vorhandensein von Insekten erkennen ließen. Speziell bestreiten Verfasser auf Grund ihrer Untersuchungen die Sambonsche Theorie, daß die Mücken vom Genus Simulium Infektionsträger seien. Dagegen fanden sie, daß vielleicht die Stallfliege, Stomoxys calcitrans, wohl befähigt sein dürfte, eine Übertragung zu bewirken. Diese Insekten sind reichlich verbreitet, befallen nachweislich die Menschen in ausgiebiger Weise, und zwar bei Tage und nicht in der Nacht, und sie fanden sich in allen infizierten Gegenden in den Wohnungen in recht erheblicher Menge vor. Hiermit würde auch die Tatsache, daß von den Patienten 75 % Frauen waren, und nur 25 % Männer (welche bei Tage meist außerhalb der Wohnungen beschäftigt waren), gut übereinstimmen, wie auch der Umstand, daß zehnmal so viele Mitglieder der weißen Rasse als Neger affiziert waren, damit paßt. Philippi-Salzschlirf.

Beobachtungen über intestinale Bakterien bei Pellagra, von M. J. Mac Mal-New York. (Am. J. m. Sc., Juni 1913.) Um Anhaltspunkte zu gewinnen für die Frage, ob Darmbakterien eine wesentliche Rolle bei Pellagra spielen, hat Verf. systematische Kulturversuche aus den Fäzes angestellt sowie auch das Serum nach dem Agglutinationsverfahren geprüft und auch den mit der Einhornschen Sonde gewonnenen Duodenalsaft auf Bakteriengehalt untersucht. Es ergab sich allerdings, daß bei Pellagra-

Digitized by Google

kranken die Zahl der normalen Darmbakterien und auch diejenige der nur ausnahmsweise im Intestinaltrakt vorkommenden Formen im allgemeinen eine deutliche Steigerung aufwiesen; doch waren die Befunde nicht gleichmäßig genug, um weitergehende Deduktionen zu ziehen. Philippi-Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Haftung des Arztes für Körperschäden, die durch Röntgenbestrahlung entstanden sind, von O. Mertius-Stuttgart. (Fortschr. d. M., 1914, Nr. 15.) Bei der immer mehr um sich greifenden Anwendung der Strahlentherapie mit Radium-, Mesothorium- und Röntgenbestrahlung sind die Gefahren, die in der Haftung des Arztes für körperliche Schädigung des Patienten bestehen, enorm gestiegen. Abgesehen von den auch tatsächlich schon erfolgten strafgerichtlichen Verurteilungen sind es doch zumeist die zivilrechtlichen Forderungen, die einen Arzt bei der oft enormen Höhe wirtschaftlich ruinieren können. Die Haftung des Arztes erstreckt sich neben dem Anspruch auf Schadloshaltung für die dem Patienten erwachsenen wirtschaftlichen Nachteile auch noch auf Schmerzensgeld und Schädigungen bei kosmetischen Defekten. Mertius teilt nun einen Fall mit, in dem der beklagte Arzt trotz des für ihn nicht ungünstig lautenden Sachverständigenurteils es vorzog, außer sämtlichen Prozeß- und Anwaltskosten durch einen Vergleich 10000 Mark zu zahlen, um der Gefahr zu entgehen, zu einem noch erheblich höheren eingeklagten Entschädigungsbetrage verurteilt zu werden. Gelegentlich dieses Falles bespricht der Verfasser die einzelnen in Betracht zu ziehenden Punkte der Strahlenbehandlung, durch deren Außerachtlassung man sich leicht in eine höchst bedenkliche Situation bringen kann. Lasch-Breslau.

Über die ambulatorische Nachbehandlung Geschlechtskranker im Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin, von Buschke. (D. m. W., 1914, Nr. 14.) Buschke plädiert für eine ambulatorische Nachbehandlung armer (nur armer!) Geschlechtskranker, um einerseits die überlasteten Abteilungen und die Assistenten zu entlasten, anderseits aber, um die Möglichkeit zu haben, eine einheitliche Behandlung der Geschlechtskranken durchzuführen und über Jahre zu verfolgen. Dies liegt im Interesse der Kranken und der Wissenschaft.

Gleiche Einrichtungen bestehen in Charlottenburg, wo Buschke arme Kranke seiner Abteilung fortbehandeln kann, und in Hamburg, wo die Landesversicherungsanstalt ein Fürsorgesystem für Syphilitiker eingerichtet hat. Werther.

Verschiedenes.

I. Internationaler Kongreß für Sexualforschung, Berlin, 31. Oktober bis 4. November 1914. (Haus der Abgeordneten, Prinz-Albrecht-Straße 5.) Angemeldete Vorträge:

I. Kulturgeschichtliches und Soziologisches. J. Wolf, Berlin: Sexualwissenschaft als Kulturwissenschaft. Goldscheid, Wien: Die sexuelle Frage als Entwicklungsproblem. R. Michels, Basel: Die soziale und ökonomische Bedingtheit der sexuellen Moral. Havelock Ellis, London: The problem of sexual purity. de Roberty, St. Petersburg: L'ancienne et la nouvelle morale sexuelle. Drysdale, London: Sex Repression and In-

Digitized by Google

tellectual Development the Parents of Sexual Excess. Bruns, Straßburg i. Els.: Geschichte des Mädchenhandels. Stanley Hall, Worcester U.S.A.: Feminisation of America. A. Falkenberg, Berlin-Friedenau: Die Frau als Beamtin im Reichs- und Staatsdienst. Montesano, Rom: Feminismo e lotta contro le malattie sessuali. K. Alexander, Breslau: Sexualhygiene und die Frauen. Albert Moll, Berlin: Psychologie, Biologie und Soziologie der „Alten Jungfer". Ruhland, Würzburg: Zölibat der katholischen Geistlichen. Guradze, Berlin: Ehe und Sterblichkeit bei Frau und Mann. Peters, Halle a. S.: Das Geschlechtsleben der Ledigen. Flournoy, Genf: Mysticisme et sexualité. Klumker, Frankfurt a. M. und Pastor Wilh. Pfeifer, Berlin: Was wird aus den Unehelichen? Grassl, Kempten: Die öffentliche Säuglingsfürsorge als Sexualproblem. Leppmann, Berlin: Die Bedeutung der unsittlichen Literatur. Gemelli, Mailand: Religion und Sexualität. Bruno Meyer, Kunst und Sexualität. Hopschlaeger, Krefeld: Urgeschichtsforschung und Sexualwissenschaft. v. Ursin, Abo (Finnland): Finnländische Sexualprobleme. Corso, Rom: La vita sessuale nelle tradizione populari italiane. Zirmann, Charlottenburg: Sexuelle Fragen bei den Naturvölkern Westafrikas. Barbara Renz, Breslau: Schlange und Baum als Sexualsymbole in der Völkerkunde. Gartman, Philadelphia: The Natural History of Marriage. v. Wiese, Düsseldorf: Die geschichtliche Entwicklung und die Beziehungen zwischen Erotik und Ehe. Winge, Kristiania: Der menschliche Gonochorismus und die historische Wissenschaft.

II. Biologisch-Medizinisches. v. Wassermann, Berlin: Syphilis und Familie im Lichte der exakten biologischen Diagnostik. Wechselmann, Berlin: Das Problem der Syphilisheilung. Steinach, Wien: Beeinflußbarkeit der Geschlechtscharaktere durch Austausch der Pubertätsdrüsen. (Mit Demonstrationen.) Kammerer, Wien: Beeinflussung sekundärer Geschlechtsmerkmale durch äußere Lebensbedingungen. Dammer, Berlin-Dahlem: Die äußere Beeinflussung der Ausbildung des Geschlechts bei Pflanzen. K. Ullmann, Wien: Verlauf und Ausheilung der Blennorrhoe mit Rücksicht auf Libido und innere Sekretion. Rob. Müller, Tetschen a. Elbe: Kastration und Libido. Poussep, St. Petersburg: Centres sexuels du cerveau. Ceni, Cagliari: Die höheren Genitalzentren bei den Wirbeltieren Gini, Padua: Le combinazzioni dei sessi nelle singolefamiglie. Weinberg, Stuttgart: Geschlechtsbestimmung und Sexualproportion beim Menschen. H. E. Schmidt, Berlin: Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Keimdrüsen. Sergi, Rom: Anthropologie und Sexualforschung. Fliess, Berlin: Bedeutung der Geschlechter in der Natur. Munter, Berlin: Einfluß der physiologisch-sexuellen Phasen auf Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Flatau, Berlin: Stimme und Sexualität. Levi-Bianchini, Neapel: Degenerazioni morfologico-sessuali e psicosessuali da trauma organico. Levi-Bianchini, Neapel: Psicosi, infantilismo e ipogenitalismo presbiogenici. Rehfisch, Charlottenburg: Herzleiden und Sexualität. v. Strauss und Torney, Berlin: Alkoholismus und Sexualforschung. B. Laquer, Wiesbaden: Zeugung im Rausch. Placzek, Berlin: Selbstmord und Sexualität. E. H. Kisch, Wien: Wert der künstlichen Befruchtung beim Menschen. Kekule v. Stradonitz, Berlin-Lichterfelde: Die Entstehung der sog. Habsburger Lippe. Talmey, New York: Sexual instinct and sexual potency in the woman. Fritsch, Berlin: Das angebliche dritte Geschlecht vergleichend anatomisch untersucht. Flatau, Berlin: Exhibitionismus. Carpenter, Holmesfield: Homosexualität in der Kulturgeschichte. Rivers, Barnslay, Yorkshire: A new theory of Kissing. Rosenthal, Berlin: Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Landmann, Oranienburg: Folgen des Geschlechtsverkehrs während der Schwangerschaft. Julie Bender, Frankfurt a. M.: Gesundheitliche Vorteile einer frühen Ehe. Porosz, Budapest: Sexuelle Neurasthenie.

III. Geburtenrückgang und Eugenik. v. Liebermann, Budapest: Geburtenrückgang als Problem der Sexualwissenschaft. Broman, Lund: Ursachen und Verbreitung der

Digitized by Google

natürlichen Sterilität und ihr Anteil am Geburtenrückgang. Steinmetz, Amsterdam: Frauenberuf und Fruchtbarkeit. Strassmann, Berlin: Die natürlichen Grenzen der Fruchtbarkeit. Veit, Halle a. S.: Künstliche Sterilität und krimineller Abortus. Polano, Würzburg: Fähigkeit und Wille des Weibes zum Gebären und zum Stillen. Hirsch, Berlin: Zeugungskraft und Zeugungswille der Frau. Sellheim, Tübingen: Fortpflanzung und Fortpflanzungsbereitschaft als Arbeit der Frau. Marcuse, Berlin: Fruchtbarkeit der christlich-jüdischen Mischehen. Vierkandt, Berlin-Lichterfelde: Die abnehmende Bedeutung der Familie als Hauptursache des Geburtenrückganges. Richter, Königsberg i. Pr.: Wie ist die Abnahme des Geburtenüberschusses aufzuhalten? Auguste Lange, Halle a. S.: Geburtenrückgang und Kapitalismus. Strassmann, Berlin: Auslese durch die Geburt. Neustätter, Dresden-Hellerau: Zur Geschichte der Eugenik. Goldstein, Königsberg i. Pr.: Recht und Grenze der Rassenhygiene. Hammerschlag, Berlin: Eugenik und Geburtshilfe. v. Hoffmann, Berlin: Fortpflanzungshygiene und Rassenhygiene. Cevidalli, Cagliari: Eugenetica e Medicina Legale. Leers, Essen a. R.: Über die Asexualisierungs-Vorschläge. Macco, Steglitz: Degeneration und Regeneration in deutschen Adels- und Patrizierfamilien.

IV. Juristisches. Mittermaier, Gießen: Stellung des Strafrechtes zu den Sexualdelikten im Laufe der Geschichte. Kloss, Hamm (Westf.): Die Strafrechtstheorien, geprüft an Sittlichkeitsdelikten. Mingazzini, Rom: Weibliche Kriminalität und Menses. H. Gross, Graz: Vergleichende Kriminalpsychologie der Geschlechter. Schneickert, Charlottenburg: Das erpresserische Weib. Horch, Mainz: Nascituius und Gesetzgeber. Fuld, Mainz: Persönlichkeitsrecht und Sexualität. Hellwig, Berlin-Friedenau: Sittlichkeitsverbrechen und Aberglaube. Gaedeken, Kopenhagen: Sexualverbrechen und Jahreszeit. Loewe, Berlin: Sittlichkeitsgesetzgebung und Zuhältertum. Homburger, Karlsruhe i. B.: Die Prostitution im geltenden und zukünftigen Strafrecht. Landsberg, Lennep (Rheinland): Sexuelle Verwahrlosung von Jugendlichen. Moses, Mannheim: Wertung von Sexualdelikten im Kindesalter. Fürst, Schularzt, Hamburg: Automasturbation. Hübner, Bonn a. Rh.: Das Familienrecht der sexuell Abnormen. Heindl, Dresden: Geschlechtsleben in den Strafkolonien.

V. Psychologisches und Pädagogisches. Ufer, Elberfeld: Spiele als Ausdruck des geschlechtlichen Seelenlebens. Tluchor, Wien: Suggestion des Objekts im Geschlechtsleben. Raw, Liverpool: Mental instability and sexual excess. Schneidemühl, Kiel: Geschlecht und Handschrift. Asnaurow, Genf: Sexualanalyse und Psychoanalyse. v. Koehler, Genf: Sublimation et sexualité. Nissl v. Mayendorf, Leipzig: Das sexuelle Trauma als Ursache von Geisteskrankheiten. Schulz, Jena: Die Auflösung der Psychoanalyse. Schneider, Werder a. H.: Das Geschwisterproblem. Altschul, Prag: Referat über die sexuelle Aufklärung. Dück, Innsbruck: Tatsachengrundlagen zu einer Sexualpädagogik. Dessoir, Berlin: Pubertät und sexuelle Aufklärung. Doell, Passau: Anteil von Haus und Schule am sexuellen Entwicklungsgang. Abelson, London: Pre-Adolescent Sex Education. Corbett-Smith, London: Sexual Disease and the Education of the Individual. Liepmann, Berlin: Erziehung, Sexualfunktion und Frauenleiden. Lorentz, Berlin: Sexualhygiene und Schulgesundheitspflege. Keméný, Budapest: Sexuelle Schülertypen.

Prof. Karl Herxheimer wurde zum etatsmäßigen ordentlichen Professor für Hautkrankheiten und Syphilis an der neubegründeten Universität Frankfurt a. M. ernannt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. August 1914 | Nr. 34 | Band 59

Die Kupferchemotherapie der Schleimhauttuberkulose der oberen Luftwege mit Lekutyl-Inhalationen.

Von

Dr. Artur Strauss, Barmen.

Die von mir geschaffene, in fast dreijähriger Arbeit ausgebildete örtliche Kupferchemotherapie der Tuberkulose eröffnet vielfache neue Wege. So hat Oppenheim (B. kl. W., 1914, Nr. 24) in der Heilstätte Hohenlychen durch Behandlung fistulöser Knochenherde mit einer einmaligen bis mehrmaligen Lekutylplombe (besser Lekutyldauerdrain), bei allen Kranken in 1—4 Monaten Heilung erzielt, nachdem „die Beck'sche Wismutpaste, Pyrogallol, Röntgenbehandlung und chirurgische Eingriffe in analogen Fällen auch nicht annähernd gleich gute Resultate" ergeben hatten. Einen rezidivfreien Verlauf konnte er in allen Fällen nach einer Beobachtungszeit von $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr bestätigen. An mehr als 40 Fällen von chirurgischer Tuberkulose vermochte Oppenheim die örtlich spezifische Wirkung des Lekutyls festzustellen, und er sah sich veranlaßt, auf Grund seiner Resultate das Lekutyl als eine „bedeutungsvolle Bereicherung" gegen die chirurgische Tuberkulose zu bezeichnen und hervorzuheben, daß durch die Lekutylbehandlung „chirurgische Eingriffe vereinfacht und Verstümmelungen vermieden" werden.

Schon früher habe ich auf Grund der guten Erfolge der örtlichen Lekutylbehandlung des Lupus[1]) in meinen Arbeiten die örtliche Kupfer-

[1]) Es genügt nicht, wenn man gute Resultate erzielen will, daß man die Salben mehrmals, selbst zwei- bis dreimal täglich einreibt oder auflegt, wie Stern (s. M. Kl., Nr. 22) behandelt hat. Die zerstörende Wirkung der Salben tritt, wie ich wiederholt betonte, nur unter rationellen Salbenverbänden auf. Man erreicht dann nicht erst nach 5—8, sondern schon nach 2—3 Tagen, nicht nur eine oberflächliche, nur auf das Stratum corneum beschränkte Mazeration, sondern einen geschwürigen bis in die Kutis reichenden Zerfall der Infiltrate. Auf der tiefen, spezifisch-elektiven Wirkung der Salben beruhen gerade die kosmetisch guten Resultate der sachgemäß durchgeführten Lekutylbehandlung, die niemals zu Keloiden führt (wie z. B. das Pyrogallol). Dieser Tiefenwirkung entspricht, abgesehen von den subjektiven Beschwerden, schon das klinische Bild, das einer Verbrennung 2.—3. Grades gleicht. Bei einem so chronischen, tiefen und schwer zu heilenden Leiden, wie es der geschlossene Lupus ist, kann man nach einer Behandlungsdauer von nur 2 Monaten (Stern), unmittelbar nach ihrem Abschluß,

Digitized by Google

chemotherapie in der verschiedensten Form empfohlen, z. B. Injektionen in Fisteln, Plombierung freigelegter Knochenherde, Pinselung und Tamponade bei Schleimhauterkrankungen, Injektionen bei Urogenitaltuberkulose, örtliche Einreibungen und Injektionen bei Rippenfell- und Bauchfelltuberkulose, Inhalationen bei Schleimhauttuberkulose.

Bei der Behandlung des Lupus verdient die Tuberkulose der oberen Luftwege eine ganz besondere Beachtung, da sie häufiger, als man gewöhnlich annimmt, den Ausgangsherd dieses Leidens darstellt oder mit ihm kompliziert ist. In der letzten Ausschußsitzung der Lupuskommission des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose konnte ich auf Grund einer Statistik von 100 fortlaufenden Fällen von Lupus zeigen, daß 16 Fälle von der inneren Nase und den angrenzenden Schleimhäuten ausgegangen waren. Von 34 Fällen von Gesichtslupus war fast die Hälfte von der inneren Nase und den angrenzenden Schleimhäuten aus entstanden. Philippson fand Nasenschleimhauttuberkulose bei Lupus in 20,8%, Jadassohn in 41,3%, Philippson nur bei Gesichtslupus in 25,7%, Jadassohn in 45,7% der Fälle. Jungmann stellte Nasenschleimhauttuberkulose in 42,8%, Albanus in 46%, bei Gesichtslupus allein in 56%, bei Lupus der äußeren Nase sogar in 87% seiner Fälle fest. Seifert sah in 96% seiner Fälle Schleimhauttuberkulose der Nase, des Nasenrachenraums und der Mundrachenhöhle, und Gerber konnte bei 218 Fällen etwa 77 mal Nasenschleimhautlupus konstatieren, ohne daß die äußere Nase erkrankt gewesen wäre.

Aus diesen Zahlen geht wohl zur Genüge die Häufigkeit und Bedeutung der Schleimhauttuberkulose der oberen Luftwege, insbesondere der Nase, hervor. Es kann daher nicht genug gefordert werden, daß zu einer rationellen Behandlung des Lupus auch diejenige der Schleimhäute der Nase und der angrenzenden Räume, wenn sie erkrankt sind, unbedingt gehört. Erst unter gleichzeitiger Behandlung des Hautlupus und seiner Ausgangsherde, bei denen die Erkrankungen der Schleimhäute eine wesentliche Rolle spielen, kann eine völlige Heilung erwartet werden.

---

noch keine anatomische Heilung erwarten, besonders wenn man die Salben nur einreibt. Nach den besten spezifischen Mitteln pflegen chronisch-entzündliche Prozesse, besonders so schwere Störungen in dem Zelleben der Haut, wie sie beim Lupus auftreten, nicht so schnell zur Ruhe zu kommen. Auch bei der Finsen-Behandlung und allen anderen Methoden kann man nach so kurzer Zeit (auch nach weit längerer Behandlung) noch „Reste" von Lupusherden und entzündliche Veränderungen in der lupösen Haut nachweisen.

Es sei hier bemerkt, daß es mir gelang, unter Benutzung gelösten Zykloforms die Schmerzhaftigkeit der Salben herabzusetzen und ihren Lekutylgehalt und damit ihre Tiefenwirkung zu steigern. Die neue Salbe enthält 5% Kupfer.

Digitized by Google

Für die Behandlung des Schleimhautlupus kommt eine große Zahl von Methoden in Betracht. Am wenigsten ist wohl von Ätzungen mit den bisher verwandten chemischen Mitteln zu erwarten. Selbst die Milchsäure, welche noch die meiste Verwendung gefunden hat, versagt in der Regel, weil sie zu wenig elektiv wirkt. Galvanokaustik und scharfer Löffel geben nur unsichere Resultate. Beide Methoden sind nicht radikal genug. Befriedigendere Resultate gibt die Pfannenstielsche Methode, welche durch die Elektrolysebehandlung Reyns eine willkommene Ergänzung gefunden hat. Diese beiden Methoden sollen Jod in statu nascendi im lebenden Gewebe erzeugen. Mit dem Finsen-Licht vermag man, wie auf der äußeren Haut, so auch auf den Schleimhäuten, ganz vorzügliche Resultate zu erzielen. Aber wenn schon die Behandlung des Hautlupus nach Finsen an den Kranken, den Arzt und das Pflegepersonal außerordentliche Anforderungen stellt, welche nur in besonderen Kliniken sach- und fachgemäß zu erfüllen sind, so treten diese Schwierigkeiten noch mehr in die Erscheinung, wenn es sich um die Behandlung der Schleimhauttuberkulose handelt. Zu dieser Behandlung gehört so viel Ausdauer, Geduld, Zeit und Geld, daß sie nur verhältnismäßig selten zu durchaus befriedigenden Erfolgen führt. Die Röntgenbehandlung der Schleimhauttuberkulose mit ihrer unvollkommenen und umständlichen Technik bietet ähnliche Schwierigkeiten; ebenso die Behandlung mit Radium und Mesothorium.

Unter solchen Umständen muß ein neues Verfahren willkommen sein, das sich nicht nur durch Einfachheit, sondern auch durch Sicherheit des Erfolges auszeichnet.

Bei mehr als 160 Kranken habe ich meist, wenn es sich um eine Beteiligung der Schleimhäute handelte, neben der Behandlung des äußeren Lupus von den Kranken zu Hause Inhalationen mit Lekutyl vornehmen lassen. Diese Methode gestattet einen Zutritt des neuen Mittels bis in den Mund- und Nasenrachenraum, wenn man sich der Vernebler bedient, wie sie heute überall im Handel zu haben sind. Diese Instrumente erlauben nicht nur die Zerstäubung gasförmiger Mittel, sondern auch wässeriger Lösungen und von Emulsionen. Bei den letzteren kommt es freilich nur zu einer rein mechanischen Ausschleuderung der Mittel, nicht zu einer Vernebelung, und daher ist es von vornherein ganz ausgeschlossen, auf diese Weise etwa Kupfer aus Lösungen bis in die Alveolen der Lungen zu bringen. Aber ebenso sicher ist es, daß sie bis in die tiefsten Teile der Nase, in den Nasenrachenraum und in die Mundhöhle, geschleudert werden. Man hat nur, z. B. beim Tancré-Apparat, darauf zu achten, daß das gekrümmte innere Kapillarrohr der Austrittsöffnung zugekehrt ist. Am besten bewährte sich zu diesen Inhalationen eine Lekutylemul-

Digitized by Google

sion (Rp. Ungt. Lecutyl. (Bayer) 20,2, Tinct. foeniculi 5,0, Saccharin. 0,1, Paraffin. liquid. ad 50,0) mit einem Kupfergehalt von 2%, welche durch einen Zusatz von Saccharin und Tinctura foeniculi ihres bitteren Geschmackes entkleidet ist. Man kann sich von der Schleuderungskraft dieser Apparate in sehr einfacher Weise überzeugen, nämlich dadurch, daß man die zu inhalierende Lösung gegen weißes Papier verstäubt. Man sieht dann noch aus einer Entfernung von etwa 30 cm den grünlichen Niederschlag des Präparates auf dem Papier. Neben dieser Behandlung, welche von den Kranken zu Hause durchgeführt wird, kann man dort, wo es angängig ist, z. B. bei innerem Nasenlupus, auch mit demselben Mittel tamponieren und pinseln.

Die Erfolge, welche ich mit dieser Methode erzielte, sind vorzügliche. Vielleicht sind sie bei den anderen Methoden deshalb so mangelhafte, weil es mit ihnen so selten gelingt, wenigstens bei ausgedehnterer und tieferer Erkrankung der Schleimhäute, alle Herde zu treffen. Mit der Verstäubung von Lekutyl vermag man dagegen, da es sich nur mit dem kranken Geweben verankert, in einfachster Weise auch die verstecktesten Herde zu erreichen. Dazu ist diese Methode schmerzlos und verursacht dem Kranken fast gar keine Kosten. Der Heilungsprozeß unter diesen Inhalationen in Verbindung mit Tamponade vollzieht sich in ähnlicher Weise wie auf der äußeren Haut. Ich verweise in dieser Beziehung auf meine früheren Arbeiten. In einer Reihe von Fällen habe ich erst einen rezidivfreien Verlauf erzielen können, bei einzelnen bis jetzt nach einer Beobachtungszeit von mehr als einem Jahr, seitdem ich diese Methode in konsequenter Weise anwandte. In der Regel wurde allerdings, wenn es sich um endogenen Lupus handelte, auch gleichzeitig allgemein chemotherapeutisch [1])

[1]) Wenn Stern sich nicht überzeugen konnte, daß andere Momente als die lokale Ätzwirkung in Betracht kommen, insonderheit keine chemotherapeutische, so stehen seinen Ergebnissen die anderer Autoren gegenüber, die zu einer gegenteiligen Ansicht gekommen sind. Daß die chemotherapeutische Behandlung des Lupus allein von der Blutbahn aus, also durch innere Verabreichung, intramuskuläre und intravenöse Injektionen, Inunktionen von Lekutyl bisher nur unvollkommene Ergebnisse hatte, liegt, wie ich wiederholt betonte, einerseits an der anatomischen Eigenart des tuberkulösen Prozesses, anderseits daran, daß wir ein dazu völlig geeignetes Präparat noch nicht besitzen. Beim Lupus lag deshalb die örtliche Applikation unmittelbar nahe, und es ist ein großer Vorteil, daß die Salbe eine bestimmte Ätzwirkung ausübt, die durch die Beziehungen der in ihr enthaltenen Cu-Verbindung zum Tuberkelbazillus als eine spezifisch-elektive anzusehen ist. Ich habe aber bei endogenem Lupus stets eine allgemein-chemotherapeutische Kur mit der örtlichen Behandlung verbunden. Freilich muß diese Kur in hartnäckigen Fällen weit energischer durchgeführt werden, als Stern es tat, der nur Lekutylpillen innerlich gab. Inunktionen und namentlich Injektionen sind heranzuziehen. Zur Nachbehandlung der zerstörten Infiltrate empfehle ich besonders Röntgenbestrahlung.

Digitized by Google

mit Lekutylpräparaten behandelt. Die Inhalationen lasse ich ein- bis zweimal täglich 5—10 Minuten lang vornehmen.

Es bleibt die Frage offen, ob es möglich ist, auch durch Inhalationen die Kehlkopftuberkulose zu behandeln. Es scheint mir nicht aussichtslos zu sein, daß man Kupferlösungen auch bis in den Larynx verstäuben kann, ebenso wie es auch mit Lösungen von anderen Salzen und von Farbstoffen möglich ist. Diesem Zweck entspricht man am besten, wenn man größere Medikamentenvernebeler, z. B. die von Prof. Spiess angegebenen, verwendet, die durch komprimierten Sauerstoff oder durch Preßluft oder durch Elektroluftkompression die Medikamente in die tieferen Atmungswege bringen. Ob man auch die Lungentuberkulose auf diesem Wege beeinflussen kann, ist fraglich.

Aus der Praxis.

Erfahrungen mit Merlusan.

Von

Dr. Emanuel Freund,

Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Triest.

Bekanntlich war bisher die interne Behandlung der Syphilis mit Quecksilber die schwächste und unzuverlässigste; sie wurde daher, je mehr sich unsere Kenntnisse über die Natur der syphilitischen Erkrankung erweiterten und je größer unsere therapeutischen Erfahrungen wurden, immer weniger und weniger angewandt.

Trotzdem kommen wir aber öfter in die Lage, diese Art der Behandlung wünschenswert zu finden, da es eben in vielen Fällen aus speziellen Gründen unmöglich ist, Injektionen oder Schmierkuren durchzuführen.

Ich will nur diesbezüglich z. B. darauf hinweisen, welche Schwierigkeiten der praktische Arzt bei der Behandlung von Berufsreisenden hat, die sich in Gegenden monatelang aufhalten müssen, in denen es meilenweit kaum einen Arzt, geschweige denn einen Spezialisten gibt. Besonders schlimm sind in dieser Hinsicht die Seeleute daran, die oft wochen-, ja monatelang ohne ärztliche Hilfe sich auf hoher See befinden.

In diesen Fällen bleibt uns eben nichts anderes übrig, als zur internen Therapie zu greifen, damit wenigstens, was möglich ist, geschehe.

Während es früher üblich war, die interne Behandlung nach einem magistraliter vom Arzt verschriebenen Rezept durchzuführen, haben es bekanntlich in der jüngsten Zeit chemische Fabriken unternommen, recht brauchbare Merkurialpräparate zur internen Medikation (Pillen) auf den Markt zu bringen. In jüngster Zeit wurde unser Arzneischatz der internen Syphilistherapie durch das Merlusan bereichert.

Das Merlusan wird von der Firma Dr. Bayer & Co. in Budapest nach den Angaben von Prof. Matzenauer und Privatdozent Dr. Buchtala in Graz hergestellt. Über die chemische Zusammensetzung, Eigenschaften und seine Wirkungsweise haben obgenannte Autoren in der W. m. W., 1913, Nr. 38 und 39, ausführlich berichtet. Hervorgehoben sei hier nur, daß beide Autoren in dieser Publikation ihr Präparat für so energisch er-

Digitized by Google

klären, daß dessen interne Anwendung die Schmier-, ja selbst die Injektionskuren an energischer Merkurialisierung vollkommen ersetze, ja sogar übertreffen könne.

Dieser energischen Merkurialisierung entspräche dann auch die prompte klinische Wirksamkeit, was durch Beispiele erhärtet wird. Dabei verursache Merlusan, intern genommen, keine Verdauungsbeschwerden oder frühzeitige Stomatitis.

Ich selbst habe Merlusan bei 30 Patienten meiner Privatpraxis und der „Federazione delle Casse die malattia della marina mercantile Austriaca" angewandt.

Die Patienten verteilen sich auf folgende Gruppen: 1. unbestimmt ob Syphilis 1; 2. hereditäre Syphilis 1; 3. primäre + sekundäre Syphilis 6; 4. Rezidivformen 6; 5. tertiäre Syphilis 4; 6. latente Syphilis 12.

Serologisch konnten von diesen nur 15 Fälle geprüft werden, da ein Teil derselben nicht zur Blutprobe erschien, während der andere Teil nach Schwinden der Symptome mit anderen Methoden weiterbehandelt wurde. Von diesen 15 Fällen bieten ein besonderes Interesse die 7 latenten Fälle. Bei denselben nun war a priori nicht viel zu erwarten, da es sich ja meist um sehr alte Fälle gehandelt hat, von denen wir ja wissen, wie schwer es — besonders bei den tertiären und spätlatenten[1]) Fällen — auch mit intensiven Merkurialkuren, ja selbst unter Kombination von wiederholten Salvarsankuren ist, einen Umschlag der WR zu erzielen. Faktisch zeigte es sich dann auch, daß bei diesen Fällen die WR durch Merlusan nicht wesentlich beeinflußt wurde, da die meisten nach 160 Pillen noch immer + reagierten. Daß aber die WR durch Merlusan beeinflußt werden könne, zeigten 2 Fälle von früh latenter Lues, von denen der eine vor der Behandlung stark +++ war, knapp nach Beendigung der Kur (160 Pillen) noch immer +++ reagierte, aber 14 Tage nach Beendigung der Kur doch negativ wurde. Genau nach einem Monate aber ergab eine abermalige Untersuchung wieder positiven Umschlag. Daß die Wirkung nicht länger nachhaltig war, scheint mir mit der starken von Matzenauer und Buchtala hervorgehobenen Hg-Ausscheidung bei Merlusan zusammenzuhängen, ein Verhalten, das mir nicht zuungunsten, eher zugunsten des Merlusans zu sprechen scheint, da mehrfach und jüngst wieder von Touton darauf hingewiesen wurde, daß ein innerlich gegebenes, genau dosierbares, rasch wieder ausscheidbares und darum immer wieder zu erneuerndes Medikament eine viel größere Gewähr gegen toxische Nebenwirkungen bietet. Ich habe dann auch auf Grund dieser Erwägung bei einzelnen Patienten die sonst empfohlene Dosis von 160 Pillen für eine Kur auf 200 und bei einem Patienten auf 240 gesteigert, ohne die geringsten Nebenerscheinungen zu bemerken.

Ähnlich wie der eben angeführte Fall verhielt sich ein anderer früh latenter, bei dem es mir trotz $1^1/_2$jähriger kontinuierlicher Behandlung mit Hg-Injektionen, 3 Neosalvarsaninfusionen, Mergal, Jod nicht gelungen war, eine negative WR zu erzielen. Diese war knapp vor der Merlusankur stark +, am Ende der Kur stark +, 14 Tage nach Aussetzen derselben schwach +, 1 Monat später wieder stark +. Ein 3. Fall von spät latenter Lues wurde, nachdem er 160 Merlusanpillen genommen, negativ. Da dieser aber vorher eine allerdings nur 2 Wochen dauernde Schmierkur durchgemacht hatte, ist er für die Beurteilung der Merlusanwirkung nicht ganz eindeutig und einwandfrei.

Dagegen war die Einwirkung von Merlusan auf die WR selbst bei spät latenter Syphilis bei einem hier weiter unten beschriebenen Fall ganz besonders evident.

Von den 3 tertiären Fällen wurde nur einer negativ.

Ein Fall von hereditärer Lues zeigte nach 10 Tagen Umschlag der positiven WR in eine negative.

[1]) Neisser, Berl. Klin., Nr. 32, S. 1489.

Digitized by Google

Dagegen blieb der einzige serologisch geprüfte Fall von primärer + sekundärer Syphilis nach 160 Pillen noch positiv, während 1 Fall von schwerer Rezidivsyphilis nach 200 Pillen „negativ" wurde.

Da ich aber bei sämtlichen serologisch geprüften Fällen nur relativ geringe Dosen von Merlusan (4—5 Pillen) verabreicht hatte, so scheint es mir, als wäre es möglich gewesen, durch Steigerung der Dosis und Verlängerung der Behandlung noch bessere Resultate quoad WASSERMANN zu erreichen.

Was nun die Einwirkung von Merlusan auf die Symptome betrifft, so stand diese in keiner Hinsicht der Injektions- oder Inunktionskur nach, in vielen Fällen war sie direkt eklatant.

Es sei mir gestattet, die behandelten Fälle kurz anzuführen:

1. Fall, 35jähriger Mechaniker: Der linke Oberarm fast in seiner ganzen Ausdehnung von einem typischen, fast handbreiten gummösen Geschwüre bedeckt, das namentlich über dem Olekranon sehr tief ist. Patient war nie vorher antiluetisch behandelt worden. Linke Tibia zeigt typische syphil. periost. Verdickung. WR +++, Kutanreaktion mit Pallidin (KLAUSNER) deutlich positiv. Patient kann nur dann arbeiten, wenn er den ganzen Arm in Vaselin hüllt. Nach 50 Pillen ist der größte Teil des Geschwüres überhäutet, nach weiteren 40 Heilung. Ich sah den Patienten 4 Monate später, er hatte unterdessen keine Behandlung gemacht; der Arm ist mit glatter Narbe geheilt. Tibia beim Beklopfen absolut schmerzlos. WR +++.

2. 50 Jahre alter Cafétier: Seit 18 Monaten schwere papulöse Syphilis mit steten Rezidiven. Bei dem letzten Rezidiv Kopf, Stirne, Brust, Rücken mit zahlreichen kleineren und größeren Hautgummen bedeckt. Patient, der außerdem zufolge von Rheumatismus sehr herabgekommen ist, verträgt keine Hg-Kur, ebensowenig wie Jod. 60 Merlusanpillen werden trotz defektem Gebiß anstandslos vertragen, nach 100 Pillen sämtliche Effloreszenzen verschwunden. WR +++, Harn albuminfrei. Patient nimmt weitere 100 Pillen, erholt sich sichtlich, die letzte WR negativ.

3. 25 Jahre alter Finanzbeamter. Infektion vor ca. 10 Monaten. Wegen schon vorher bestandener Nephritis kann Hg nur in kleinsten Dosen und wegen Ansteigen des Eiweißquantums im Harn unregelmäßig gegeben werden. Infolgedessen kontinuierliche Rezidive. Das letzte hatte folgenden Charakter: Stirn, Wange, Oberarm bedeckt mit heller- bis kronengroßen Ekthymageschwüren. Anfangs 2, später 3, bis 4 Merlusantabletten, die ohne Nierenreizung vertragen werden. Sämtliche Erscheinungen in 3 Wochen verschwunden. Totaldosis 160 Tabletten. WR nach der Behandlung +++. Albumen im ESBACH kaum nachweisbar. Vor der Behandlung zwischen 1—2‰ schwankend.

4. 40 Jahre alter Schiffskellner. Lues 10 Jahre alt. Stand in unregelmäßiger, aber kontinuierlicher Behandlung verschiedener Spezialisten. Auch mehrere Salvarsaninjektionen. Status praes.: am Olekranon eine halbkugelartig prominierende, dem Knochen angehörende, schmerzhafte Anschwellung. Rechte Tibia zeigt typ. luetische Auftreibung. WR +++. Kutanreaktion mit KLAUSNERS Pallidin positiv. Auf zirka 100 Merlusan-Pillen vollständiger Schwund der Schmerzen am Olekranon auch beim Beklopfen, auf weitere 60 Pillen die Anschwellung zum größten Teil geschwunden. WR +++. Fortsetzung der Behandlung mit Salvarsan.

5. 22 Jahre alter Barbier. Typische Sklerose im Sulcus glandis. Inguinaldrüsen sehr stark vergrößert. Über dem Stamm, den Extremitäten makulo-papul. Exanthem. Patient ist gezwungen, eine Reise nach Indien zu machen. Erhält 160 Pillen mit der Anweisung, 4—5 täglich zu nehmen. Kehrt nach 7 Wochen vollständig symptomlos zurück, Sklerose total resorbiert. Hat sämtliche Pillen anstandslos vertragen, nie unterwegs ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. WR +++.

6. 30jähr. Beamter. Lues 1 Jahr alt. Leichte Rezidivroseola am Stamm und Extremitäten. Nach 16 Pillen (= 4 Tagen) Roseola abgeblaßt. Wird auf Wunsch mit Salvarsan weiterbehandelt.

7. Besonders eklatant war die Wirkung in folgendem Falle: 20 Jahre alter Volksschullehrer. Im Sulcus glandis typische Sklerose. Am Penis großpapulöses Exanthem, am Skrotum und Anus nässende Papeln, die durch ihren Juckreiz dem Patienten schlaflose Nächte bereiten. Am Stamm ein intensives großmakulöses Exanthem. Patient nimmt 5 Pillen täglich. Nach 2 Tagen deutlicher HERXHEIMER am Stamme, nach 8 Tagen

Digitized by Google

sämtliche Manifestationen geschwunden, die Papeln am Penis resorbiert, mit einer sich loslösenden Schuppe bedeckt. Sklerose kleiner. Fortsetzung der Behandlung mit Hg-Injektion.

8. 26 jähr. Schiffskommissär. Bezüglich Erscheinungen und prompter Heilwirkung des Merlusan fast identisch mit Fall 7. Zu erwähnen wäre, daß Patient spontan 8 Pillen täglich ohne Nebenerscheinungen genommen hat.

9. 40 Jahre alter Schiffsingenieur. Infektion vor vielen Jahren. Serpiginöses Syphilid am Skrotum und Psoriasis syphil. palmaris. Nimmt 5 Pillen täglich. Syphilid am Skrotum in 8 Tagen verschwunden, Psoriasis palmaris ohne lokale Therapie bedeutend gebessert. Muß abreisen.

10. 45 Jahre alter Beamter. Spätlatente Lues. WR +++. Eine Schmierkur muß nach 2 Wochen wegen hochgradiger Stomatitis abgebrochen werden. 3 Monate ohne Behandlung. Dann Merlusankur. Anfangs nach 16 Pillen starke Stomatitis. Später aber anstandsloses Vertragen des Mittels. Nach 160 Pillen WR negativ.

11. 36 jähr. Turnlehrer. Lues 4 Jahre alt. Hatte mehrere Injektions- und Schmierkuren durchgemacht. WR +++. Nach 160 Pillen WR negativ. 1 Monat nach Aussetzen der Therapie wieder positiv.

12. 35 jähr. Feuerwehrmann. Lues 2 Jahre alt. Trotz mehrerer Injektionskuren und zweier Neosalvarsaninjektionen 0,45 + 0.60 WR, die bereits negativ gewesen, wieder +++. Nach 160 Merlusanpillen WR schwach +. 1 Monat nach Aussetzen der Therapie +++.

13. 30 jähr. Dienersgattin. Lues pap. mac., Periostitis syph. oss. front., Angina spec. Bekam wegen absoluter Intoleranz gegen Hg, sei es in Form von Injektionen von Hg salic. oder Schmierkuren oder Mergal, 2 Neosalvarsaninjektionen à 0,45, später 120 Merlusan-Pillen. Dieselben wurden ausgezeichnet (4 pro die) vertragen. Patientin erholte sich sehr rasch von ihrem heruntergekommenen Zustande. WR negativ.

14. 38 jähr. Kaufmannsfrau. WR vor der Behandlung negativ, muß wegen gynäkologischer Indikation (schlechter Heilungsverlauf einer Narbe nach Uterusexstirpation — Mann syphilitisch) merkurialisiert werden. Es besteht absolute Intoleranz gegen Hg in jeglicher Form. Auf eine einmalige Einreibung der Kopfhaut z. B. mit weißer Präzipitatsalbe erfolgt ein ausgebreitetes Merkurialekzem des Gesichtes. Maximale tolerierte Anfangsdosis von Kalomel per os 1 Milligramm. Allmählich gelingt es dem behandelnden Arzte, Hrn. Dr. Richard Fischl in Bad Hall, durch systematische Erhöhung der Dosis auf 1 cg zu steigen. Merlusan wird aber bei allmählichem Ansteigen bis zur Dosis von 4 Pillen bei einer Gesamtmenge von 120 Pillen anstandslos genommen. WR negativ.

15. 35 jähr. Schiffsmaschinist. Lues 8 Jahre alt. Symptomlos. WR +++. Trotz 200 Pillen kein Einfluß auf WR. Fortsetzung der Behandlung mit Salvarsan.

16. 30 jähr. Schiffskellner. Lues 9 Jahre alt. Trotz kontinuierlicher Hg-Kuren WR +++. Linke Pupille verengt, träge reagierend. Nach 160 Pillen Merlusan WR +++. Fortsetzung der Behandlung mit Neosalvarsan. Daraufhin WR schwach +.

17. 28 Jahre alter Kellner. Lues 6 Jahre alt. Wiederholte Hg-Kuren meist in Form von Pillen. WR +++. Nach 160 Merlusanpillen WR +++.

18. 28jährige Kellnersgattin. Ulc. dur. lab. major., papulöses Exanthem an Stirne, Brust, Extremitäten. Heftige Kopfschmerzen. Allgemeine Drüsenschwellung. Nach 8mal 5 Pillen sind die Papeln vollständig resorbiert. Kopfschmerzen verschwunden. Nach weiteren 4 Tagen Halsdrüsen bedeutend kleiner.

19. 38 Jahre alter Maschinist. Reinfectio syphilit.[1]). Infektion Frühjahr 1911. War abortiv mit Salvarsan behandelt worden und über 2 Jahre bei stets negativer WR symptomlos geblieben. Dann typ. Ulc. dur. an anderer Stelle als 1911, allgemeine Drüsenschwellung, Exanthem, Angina syphil. Gemischte Hg-Salvarsanbehandlung. Nach 3 Monaten Rezidivroseola. Diese schwindet nach einwöchigem Einnehmen von je 5 Merlusanpillen.

20. 30jähriger Arbeiter[2]). Infektion vor 3 Monaten Ulc. dur., Lues papulosa am Stamm. Plaques auf der Zunge. Nach einigen Tagen war auf Merlusan (je 4 Pillen) das Exanthem verschwunden, nach 3 Wochen die Plaque bedeutend gebessert.

21. 26jähriger Mechaniker[2]). Ulc. durum, makulöses Exanthem, Schleimhaut-

---

[1]) Der Fall ist bereits in Nr. 51 (1912) der Münchener medizinischen Wochenschrift von mir veröffentlicht. Vide daselbst unter: „Abortivkuren mit Salvarsan", Fall 2. — [2]) Beide Beobachtungen wurden mir von Hrn. Dr. Lombardo, Spezialist der Krankenkasse, gütigst zur Verfügung gestellt.

Digitized by Google

papeln der Oberlippe. Nach einer Woche war das Exanthem geschwunden. Nach 14 Tagen die Papeln in Resorption begriffen. Patient nahm 4 Pillen täglich.

22. 40jähriger Kaufmann. Infektion vor 10 Jahren. Schlecht behandelte Lues. Periostitis syph. des Nasenbeins. WR positiv. Nach 100 Pillen Heilung der Periostitis. WR negativ.

23. 5jähriges Mädchen. Vater seit 12 Jahren luetisch infiziert. Mutter ebenfalls, aber bereits geheilt. Schwächliches, anämisches Kind. Am Halse zahlreiche Drüsen stark vergrößert. WR unmittelbar vor der Kur positiv. Patientin nimmt einige Tage 2 Pillen, später 3 ohne nennenswerte Beschwerden. Nach 10 Tagen ist die WR negativ [1]).

24. 40 Jahre alter Schiffskapitän. Lues vor 16 Jahren akquiriert. Außer vagen nervösen Beschwerden seit 14 Jahren ohne Symptome. WR vor 5 Jahren das erstemal angestellt, stets ++++ trotz wiederholter energischer Hg- und Jodkuren. Vor $1^1/_2$ Jahren eine kombinierte Hg-Salvarsankur. Dann eine Hg-Kur. Die WR blieb aber konstant ++++. Es besteht seit Jahren leichte Albuminurie. Patient, der sowohl gegen Hg, als auch Jod und Salvarsan eine starke Überempfindlichkeit zeigte, verträgt auch Merlusan nur schwer. Bisweilen kann er nur eine Pille nehmen, da sofort Stomatitis und Diarrhoe eintritt. Nach 140 Pillen ist die WR das erstemal überhaupt negativ. Die Reaktion war 2 Monate nach aussetzender Kur angestellt worden. Im Harn kein Albumin.

Was nun die Tolerabilität der Kranken gegenüber Merlusan betrifft, so kann ich die Angaben MATZENAUERS bestätigen. Zwar zeigten sämtliche Patienten deutlich Stomatitis, einzelne leichte Diarrhoe, aber auch jene, die bis 6 Pillen täglich nahmen, waren fast nie genötigt, die Therapie zu unterbrechen. Ein einzelner Fall hatte nach 10 Tagen eine so hochgradige Stomatitis, daß er die Kur auf 1 Woche unterbrechen mußte, allein dieser hatte schon früher eben wegen Idiosynkrasie gegen Hg gerade Merlusan bekommen. Besonders ist Fall 14 in hohem Maße geeignet, die große Tolerabilität von Merlusan zu illustrieren.

Daß Merlusan auf die Nieren keinen schädigenden Einfluß hat, das beweist außer den systematischen Kontrolluntersuchungen meiner Fälle auf Albumin schon der oben angeführte Fall von Nephritis, bei dem Merlusan ohne jede Reizung der Nieren genommen werden konnte.

Ich bin mir zwar dessen bewußt, daß die Zahl meiner Fälle zu gering ist, um auf Grund derselben ein definitives Urteil zu fällen. Immerhin scheint es mir gestattet, aus der geringen Zahl eigener Erfahrungen folgende Schlüsse zu ziehen:

1. Bei latenter Lues, namentlich im Spätstadium, ist man durch ausschließliche Behandlung mit Merlusan — ebensowenig wie durch andere Hg-Kuren — in der Mehrzahl der Fälle nicht imstande, die positive WASSERMANN-Reaktion in eine negative umzuwandeln.

2. Es hat auf die Sekundärsymptome (Exantheme allerlei Charakters) eine ebenso prompte Wirkung, wie die Injektions- und Schmierkuren. Dies gilt auch von der Sklerose und den Drüsen.

3. Merlusan zeigt bei tertiären Formen und Knochensyphilis mindestens so gute Wirkungen, wie jede andere Art von Hg-Kuren.

4. Es kann als Merkurialisierung entweder für sich allein, oder in bestimmten Fällen mit Salvarsankuren kombiniert, verwendet werden.

5. Die günstige Wirkung bei dem beschriebenen Falle von hereditärer Lues berechtigt zu weiteren Versuchen bei heredoluetischen Kindern.

Schließlich sei es mir gestattet, Hrn. Dr. FERRARI, Prosektor am Triester „Ospedale Civico", meinen besten Dank für seine in liebenswürdiger Weise durchgeführten zahlreichen Blutproben auszusprechen.

[1]) Das Blut wurde mir freundlichst von Hrn. Dr. PAVIA in Görz eingesandt.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Juni 1914.

Originalbericht von Oskar Sprinz-Berlin.

1. Erwin Frank (a. G.) demonstriert einen Kranken mit **totaler Alopezie**, die sich **im Anschluß** an einen schweren **Unfall** entwickelt hat. Pat. erlitt vor einem Jahre eine Brustquetschung mit Rippenbrüchen und konsekutiver Herzschwäche. Acht Tage nach dem Unfall begannen die Haare in ganzen Büscheln, nicht kreisförmig, auszufallen. Innerhalb 3 Monaten war der Mann absolut haarlos; sogar im Naseneingang und Gehörgang fehlten die Haare. Pat. klagt über starke Schweißabsonderung, wodurch er zu Erkältungen disponiert.

In der Diskussion werden ähnliche Fälle traumatischer Alopezie vorgebracht, so von Ledermann (nach Zusammenstoß mit einem elektrischen Wagen; Steinwurf gegen den Kopf), von Heller (Erdbeben), von Rosenthal (Traumen peripherer Nerven), Sprinz macht auf die Arbeit von Rock aus der Noblschen Poliklinik über Alopecia neurotica aufmerksam, die zugleich eine gute Literaturübersicht enthält.

Pinkus teilt einen sehr bemerkenswerten Fall von Haarveränderung nach Trauma mit. Ein Mann hatte eine schwere Last zu heben. Danach fielen die Scham- und Schnurrbarthaare aus. Einige Zeit später konnte man an den noch vorhandenen Haaren Verdünnungen nachweisen, die z. T. so hochgradig waren, daß die Haare abbrachen. Diese Veränderungen waren ähnlich solchen, wie man sie nach Infektionskrankheiten konstatieren kann. Auch die Schweißdrüsensekretion war verändert.

2. H. Isaac zeigt a) einen Kranken mit einer ebenso seltenen wie interessanten Affektion, nämlich einer **Psoriasis der Zungenschleimhaut**. Im vorigen Jahre schon hatte Patient neben einer typischen Psoriasis des Körpers isolierte Plaques auf der Zunge gehabt; diese Plaques schwanden unter der Kur völlig. Die Serumreaktion war komplett negativ. Jetzt sieht man grauweiße, konfluierende Auflagerungen bis zu den Papillae circumvallatae. Es handelt sich also um echte Schleimhautpsoriasis, nicht etwa um Plaques, die von der Haut auf die Schleimhaut übergegriffen haben. Es sind auch Effloreszenzen an der Wangenschleimhaut vorhanden. Es scheint, als ob es sich nicht nur um Epitheltrübungen, sondern um Filtrate handelt.

Lippmann und Rosenthal betonen übereinstimmend die große Seltenheit des vorgestellten Falles.

b) Als Seitenstück zu Fall a eine Frau mit **Lichen-ruber-Knötchen der Mundschleimhaut.** Der Lichen ruber, welcher sich im Anschluß an ein intertriginöses Ekzem entwickelte, ist von enorm starker Ausbreitung, so daß ganz groteske sepiafarbene Effloreszenzen zustande kommen.

3. C. A. Hoffmann stellt a) einen Fall von **Sklerodermie en bandes** bei einem fünfjährigen Kinde vor. Die Veränderungen finden sich nur auf der rechten Körperseite. Der rechte Deltoides, Supra- und Infraspinatus sind geschrumpft; die Haut darüber außer einer braunen Verfärbung nicht verändert. Der rechte Arm zeigt einen sklerodermatischen Streifen, der sich bis auf die Hand hin zwischen Daumen und Zeigefinger erstreckt. Die Muskulatur der Hand ist ebenfalls zum Teil atrophisch. Auch der rechte Unterschenkel zeigt ausgedehnte sklerodermatische Veränderungen. Es finden sich leichte Beschränkungen der Beweglichkeit in der rechten Hand und im rechten

Digitized by Google

Fußgelenke. Neurologisch ergaben sich keine Veränderungen. Die Schilddrüse ist geringfügig vergrößert. Ein ätiologisches Moment ist nicht zu eruieren.

b) Demonstriert Präparate von **Pili annulati** einer 43jährigen Frau. Es finden sich braune und weiße Ringel je ungefähr 1 mm breit; mikroskopisch ist die Dicke des Haares überall gleich. Im Verlaufe des Marks finden sich bei auffallendem Lichte weiße und bei durchfallendem Lichte schwarze Spindeln.

4. Sprinz stellt einen Kranken mit **Pseudopelade Brocq** vor und zeigt die dazugehörigen histologischen Präparate. (Soll als Originalbeitrag erscheinen.)

5. Ledermann demonstriert einen 8jährigen kongenital-luetischen Jungen mit **synovialer syphilitischer Gelenkentzündung.** Die Mutter des Kindes litt an einem Primäraffekt der Mamilla. $1^1/_2$ Jahre später gebar sie dies Kind, das in den folgenden Lebensjahren wiederholt syphilitische Erscheinungen hatte. Die Gelenkentzündung begann von 6 Wochen. Befallen waren die metakarpophalangealen Gelenke der linken Hand und symmetrisch beide Ellenbogengelenke. Die Schwellung fühlte sich sehr hart an. Das Röntgenbild war in bezug auf Knochenveränderungen vollkommen negativ. Es handelte sich also um synoviale Gelenkentzündung. Diese Form ist von Tuberkulose schwer abzugrenzen im Gegensatz zu der ossealen Form der Gelenkerkrankung. Im vorliegenden Falle entschied die Anamnese und vor allem die positive Serumreaktion gegen Tuberkulose.

6. Pinkus hat an sich selbst Versuche angestellt, um die Empfindlichkeit gegen Primelgift zu prüfen. Er band sich über 12 Stunden Primelblätter auf die Volarseite des Armes, ohne daß im geringsten eine **experimentelle Primeldermatitis** zustande kam. Danach besteht also im Gegensatz zu Rost die alte dermatologische Ansicht zu Recht, daß ein Individuum sehr stark zu Primeldermatitis inkliniert, andere dagegen völlig unempfindlich sind.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Zentralblatt.

Juni 1914, Bd. 17, Nr. 9.

1. Beitrag zur Behandlung juckender Dermatosen, von Johann Meyer-Hamburg. Die Behandlung juckender, hartnäckiger Hautkrankheiten ist nach den Versuchen mit Seruminjektionen auch mit Ringerscher Lösung und mit den Modifikationen derselben probiert worden. An der Josephschen Poliklinik für Hautkrankheiten sind eine Reihe von Patienten in dieser Weise behandelt worden; die Behandlung hat sich bei subkutaner Applikation ambulant durchführen lassen. Die besten Erfolge wurden beim Pruritus senilis erhalten; die anderen Fälle wurden teilweise zu gleicher Zeit lokal behandelt.

2. Pemphigus vulgaris. Heilung durch Neosalvarsaninjektionen, von Eschweiler-Düsseldorf. Der mitgeteilte Fall betrifft eine 58jährige Frau, der 4mal Neosalvarsan 0,3, 0,45, 0,6 und 0,75 innerhalb 3 Wochen gegeben wurden. 4 Wochen nach der letzten Injektion war die Haut, die vorher von Blasen derartig bedeckt war, daß die Injektionen in Unterschenkelvenen gegeben werden mußten, vollkommen geheilt.

W. Lehmann-Stettin.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Mai 1914, Bd. 27.

1. Zur Kasuistik der Parapsoriasis. Ein Fall von Parapsoriasis lichenoides Brocq, von Ssutejew. Verf. hält sich an die Nomenklatur von Brocq und nicht an

Digitized by Google

diejenige von Arndt und beschreibt einen von ihm in der Moskauer dermatologischen Klinik beobachteten Fall von Parapsoriasis lichenoides. Der 19jährige Mann gab an, die ersten Erscheinungen seines Leidens mit 17 Jahren auf dem rechten Unterarm in Gestalt eines Fleckes beobachtet zu haben. Bei Eintritt des Kranken in die Klinik wies er, abgesehen von den Partien der behaarten Kopfhaut, des Gesichts, der Handflächen und Fußsohlen wie der äußeren Genitalien, welche von normaler Hautbeschaffenheit sind, überall auf dem Körper erythematöse Flecke und Knötchen auf, von denen letztere teils einzeln dastehen, teils zusammengeflossen sind. Diese lichenartigen Knötchen sind Schuppen, aber das Schüppchen läßt sich nur mit Mühe entfernen, und nach Entfernung desselben kommt es zu keinem Blutaustritt, sondern es findet sich eine vollkommen trockene, bräunlichrote Oberfläche.

Später empfindet Patient geringes Jucken. Die Untersuchung des Blutes ergab Bestehen von Eosinophilie (10%). WR negativ. Pirquet bei 75% Verdünnung von Alttuberkulin positiv. Die bakteriologische Untersuchung der Hautschüppchen fiel negativ aus. Histologisch erwies sich das Str. corneum aufgelockert, leicht abhebbar, das Str. granulosum atrophiert, die Papillarschicht abgeflacht, die Zellen des R. Malpighii aufgequollen, wenig gerötet, die Gefäße der subpapillaren Schicht verbreitert und an dieselben eine kleinzellige Infiltration. Das Unterhautbindegewebe ist ein wenig ödematös und infiltriert.

2. Ein Fall von Ulcus atonicum artificiale regionis scapularis dextrae, von Schneider. Auf der rechten Skapula eines 46jährigen Mannes fand sich ein 2 Quadratwerschok großes und 3 cm in die Tiefe greifendes, atonisches Geschwür, welches sich nach Anwendung eines von einem Kurpfuscher wegen einer Verdickung der Haut empfohlenen Pulvers entwickelt hatte. Das Geschwür war mit einer Hautschwarte bedeckt, nach deren Abhebung erst das Tiefergreifen des Geschwürs bis in die Muskulatur deutlich wurde. Die Untersuchung des Pulvers ergab, daß es aus arseniger Säure und Kohle bestand. (Diese Beobachtung erinnert an den vom Referent beobachteten und in der russischen Zeitschrift: Dermatologia, 1914, Bd. 3, Nr. 4 beschriebenen Fall von Dermatitis ambustiformis; siehe diese Wochenschrift, Bd. 59, S. 818. Anm. des Ref.) Unter indifferenter Behandlung vereinigte sich das Geschwür, aber der Defekt war so groß, daß zur Vernarbung Hauttransplantation nötig sein wird.

3. Über die Aufgabe der Liga zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten, von Borucchowitsch. Als Hauptaufgabe der Liga sieht Verfasser die Bekämpfung der öffentlichen Häuser, wie aller sonstigen, diesen ähnlichen Etablissements. Außerdem natürlich Aufklärung des Publikums über die venerischen Krankheiten und ihre Behandlung.

4. 70 Fälle von Syphilis, behandelt mit Neosalvarsan und Quecksilber, von Shilinski. Verfasser ist der Ansicht, daß die kombinierte Hg + Neosalvarsanbehandlung bessere Resultate als diejenige von Hg und Salvarsan gibt.

Er beobachtete unter ersterer bis zu 18⅔% Heilung. Arthur Jordan-Moskau.

Dermatologia.

(Russische Monatsschrift.)

1914, Bd. 3, Nr. 6.

1. Ein Fall von Molluscum fibrosum, von Biber. Die 57jährige Bäuerin wies 3935 über den ganzen Körper, am meisten aber auf dem Rücken verbreitete, teigartige, meist gestielte Geschwülste auf, welche sich vom 17. Lebensjahre allmählich, ohne jede Schmerzhaftigkeit entwickelt hatten. Außer diesen Geschwülsten waren weder von seiten

Digitized by Google

des Nervensystems noch der übrigen inneren Organe irgend welche Anomalien zu konstatieren. Histologisch bestanden die Geschwülste aus einem zahlreichen zentralen Teil und einem von Epithelzellen ausgekleideten peripheren Teil. Das Zentrum wird von ziemlich dicht stehenden, aber lockeren Bündeln von kollagenem Gewebe gebildet. Das elastische Gewebe findet sich nur in den Stielen der Geschwülste. Ferner ziehen in die eigentliche Geschwulstmasse wenige Elastinfasern. Bei stärkerer Vergrößerung erweist es sich, daß das eigentliche Geschwulstgewebe aus einer großen Anzahl runder und spiralförmiger Zellen besteht, zwischen denen viele Mastzellen eingelagert sind. Man trifft auch eine reichliche Menge von teils blutstrotzenden Kapillaren. Pigmentablagerungen finden sich mehr im peripheren, weniger im zentralen Teil der Geschwulst.

2. Einige Worte der Erinnerung an das Jothion, ein Jodpräparat, welches reichlich und schnell von der Haut aufgenommen wird, wie Besprechung eines Falles von Dermatitis bei nicht rationeller Anwendung desselben, von Glawtsche. Nach Erwähnung der in der Literatur erschienenen Arbeiten über das Jothion spricht Verfasser über seine eigenen Versuche, welche ihn zu einem entschiedenen Anhänger dieses Jodpräparates bei Neigung zu Jodismus, wie bei Fällen von Syphilis des Zentralnervensystems mit Bewußtseinsverlust, resp. häufigem Erbrechen gemacht haben. Gleich anderen hat auch Verfasser von den Kranken gelegentlich Klagen über Brennen an der Stelle, wo das Jothion eingerieben wurde, gehört, es waren aber schnell vorübergehende Erscheinungen. Bei Anwendung des Jothions stets auf ein und derselben Stelle kommt es zu einer Dermatitis, wie das auch Verfasser in einem Fall beobachten konnte, der näher beschrieben wird. Um dieses zu vermeiden, müssen die Kranken verschiedene Stellen zur Einreibung benutzen. Bei sehr empfindlicher Haut muß das Jothion nicht per se, sondern als Zusatz zu Salben in verschiedener Konzentration gegeben werden. Die anzuwendende Dosis bei allgemeiner Wirkung derselben beträgt 3—5 g pro die. Leider ist das Präparat kostspielig.

3. Zur Behandlung des akuten Trippers, von Tschumakow. Die unbefriedigenden Resultate der Behandlung der akuten Blennorrhoe mit Einspritzungen von Lösungen der Höllensteinverbindungen veranlaßten Verfasser, seine Kranken des Lutzkischen Kriegslazaretts in Gruppen zu teilen, die er auf verschiedene Weise behandelte. Er überzeugte sich dabei, daß man bei der Behandlung des akuten Trippers nicht von der Priorität des einen oder anderen Mittels sprechen könne, sondern daß man die Behandlung mit inneren Mitteln beginnen und erst allmählich zu einer lokalen Behandlung mit anfangs wenig reizenden Lösungen, später zu einer solchen mit den Silberpräparaten übergehen soll. Andererseits muß man streng individualisieren und die Fälle in schwere und leichte einteilen. Die bakterientötenden Mittel bringen oft anstatt Nutzen nur Schaden.

4. Ein Fall von universeller Pigmentation und Verdickung der Haut, von Mayer. In dem Michailowschen Hospital zu Tiflis beobachtete Verfasser einen 45jährigen Perser, dessen Haut eigentümlich grau pigmentiert und andererseits verdickt, resp. mit Knoten bedeckt war. Entsprechend der Knotenbildung war die Sensibilität der Haut ein wenig vermindert, an den übrigen Partien normal. Die Haare waren spärlich. Die Schleimhäute waren nicht pigmentiert. Die Lymphdrüsen waren vergrößert. Der Urin enthielt weder Eiweiß, noch Zucker, aber viel Indirubin und Indikan. WR negativ. Leprabazillen konnten nicht nachgewiesen werden. Histologisch erwies sich das Korium stark verdickt, die Papillen vergrößert. Im Rete Malpighii fanden sich Anhäufungen von runden und epitheloiden Zellen.

Nach Ausschluß aller sonstigen Möglichkeiten spricht sich Verfasser, trotz des

Digitized by Google

Fehlens der Leprabazillen im Nasensekret wie in den Schnitten, dahin aus, daß es sich wahrscheinlich um einen Leprafall, kombiniert mit der Adissonschen Krankheit, handelt, da er eine derartige Pigmentation der Haut bei Lepra trotz Durchsicht von 250 Krankengeschichten nie beschrieben gefunden hat. Arthur Jordan-Moskau.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Juli 1914.

Lichen planus der Zunge allein, von Douglass W. Montgomery-San Franzisko. Lichen planus ist eine allgemeine Konstitutionskrankheit mit Eruptionen sowohl auf der Haut wie den Schleimhäuten und hat in bezug auf beide große Ähnlichkeit mit Syphilis. Lichen planus der Schleimhäute kann entweder einer Lichenruption der Haut folgen oder gleichzeitig mit ihr vorhanden sein oder zuerst an den Schleimhäuten und dann auf der Haut auftreten oder schließlich als vierte Variation allein auf den Schleimhäuten ohne irgend welche Hauteruption vorhanden sein. Zu dieser Klasse des sogenannten solitären Lichen gehört der vorliegende, von M. beobachtete Fall, der eine 47jährige Frau betraf; dieselbe zeigte auf dem Zungenrücken 2 gelblich-weiße, unregelmäßig länglich geformte Flecke, die keinerlei subjektive Symptome veranlaßten und beim ersten Anblick eine Leukoplakie annehmen ließen. Lichen planus der Schleimhäute, sei es der Mundhöhle und oberen Luftwege oder der Glans penis, der Vagina oder des Anus ist ausgesprochen schmerzloser Art, wiewohl im vorliegenden Falle Empfindlichkeit auf heiße oder stark gewürzte (gepfefferte) Speisen auf der Zunge vorhanden waren. Daß Lichen planus der Zunge keine Spuren von Pigmentierung oder ähnliches zurückläßt, ist von Wichtigkeit gegenüber der Leukoplakie und von Interesse, weil bei Lichen planus der Haut Pigmentbildung eine so häufige Folgeerscheinung ist. Die Behandlung bestand vor allem in Regelung der Diät, Verbot aller reizenden Speisen, von Beeren usw.; von Medikamenten wurden kleine Dosen Sublimat (als Darmantiseptikum) und Arsenik gegeben, lokal eine 10%ige Chromsäurelösung in achttägigen Zwischenräumen aufgetragen; immerhin dünkt es Verfasser fraglich, ob nicht Spontanheilung bei der relativen Gutartigkeit des Leidens vorkommt.

Über Gewerbe-Hautkrankheiten, von H. H. Hazen-Washington. Eine kurze Übersicht über das bereits sehr ausgedehnte Gebiet der Beschäftigungs-Dermatosen, welcher schließlich eine von Herxheimer stammende Aufzählung von 74 Gewerben oder Beschäftigungsarten, die zu Dermatitis führen können, beigefügt ist. Die Verhütung dieser Hautaffektionen liegt naturgemäß daran, die giftige (ursächliche) Substanz zu erkennen und zu vermeiden; die individuelle Empfänglichkeit ist aber stets ein nicht von der Hand zu weisendes Moment. In manchen Fällen wird das Tragen von Handschuhen einen Anfall zur Heilung bringen, in anderen wird es notwendig sein, die Arbeit eine Zeitlang auszusetzen und bei wieder anderen wird Änderung der Beschäftigungsart, was in manchen großen Industriezweigen schon vorgesehen ist, genügen. In einer Anzahl von Fällen sollten die Hände häufig gewaschen werden, um alle reizenden Substanzen zu entfernen, während bei anderen Wasser eine direkte Reizung der entzündeten Haut bildet. Die Hände sollten immer sorgfältig abgetrocknet und durch Anwendung einer einfachen Salbe geschmeidig gemacht, alle Hautabschürfungen mit Kollodium behandelt werden.

Cheilitis exfoliativa, von Henry Kennedy Gaskill-Philadelphia. G. bringt 3 kasuistische Beiträge zu dieser seltenen Hautaffektion, die an sich ziemlich unbedeutend, aber für den Patienten doch höchst lästig ist, da er ständig durch die rasche (in 1—2 Tagen sich erneuernde) Bildung von Krusten am Lippenrot und den benachbarten

Digitized by Google

Haut- und Schleimhautstellen an sein Leiden erinnert wird und oft viele Jahre lang Behandlung vergebens war. Von den 3 hier beschriebenen Fällen, 2 Männer im Alter von 56 und 20 Jahren und eine 32jährige Frau betreffend, könnten 2 unter den Begriff eines seborrhoischen Ekzems fallen, da auch am übrigen Körper Erscheinungen dieses Leidens vorhanden waren; auch den dritten Fall möchte G. als eine ungewöhnliche Form dieses Hautleidens ansprechen, und ehe nicht weitere bakteriologische Information erreicht ist, vorläufig alle diese Fälle dem seborrhoischen Ekzema zurechnen. Behandlung hat sich in all diesen Fällen als erfolglos erwiesen, wenn auch in einem Falle Röntgenbestrahlung, die fast ein Jahr lang angewandt wurde, Besserung, aber keine Heilung brachte und auch in den anderen Fällen vorübergehende Besserung durch Salben erzielt wurde. Ätiologisch konnte noch nichts Bestimmtes ermittelt werden, womit wohl auch der geringe Erfolg der Behandlung zusammenhängt.

Stern-München.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

Bd. 2, H. 5.

Originalien:

1. Calculi prostatici veri, von Franz August Gläsel-Heidelberg. Verfasser bringt in seiner Arbeit zunächst eine sorgsame Zusammenstellung von 52 aus der Literatur bekannten Fällen, denen er zwei eigene Beobachtungen aus der Privatklinik von Völker-Heidelberg anschließt. Auffallend ist, wie häufig sich in den Anamnesen der Kranken die Blennorrhoe verzeichnet findet. Primäre Steine sind meist multipel und finden sich dann in ziemlich großer Anzahl. Die Größe der Steine ist außerordentlich mannigfaltig, man beobachtet sie von Sandkorn- bis Hühnereigröße. Kleinere Steine sind meist rund, seltener oval oder länglich, die größeren haben verschiedene Formen. Die Farbe ist porzellanartig, glänzend, undurchsichtig, weiß, grau, braun, selbst schwarz. Außer Schmerzen können der anatomischen Lage der Prostata entsprechende Beschwerden von seiten der Harnentleerung, Ejakulation und Defäkation sich einstellen. Die Diagnose ist bei einem Verdacht auf Prostatasteine meist nicht schwer. Für die allseitig von Drüsenparenchym umgebenen Steine ist von Poncet der „Explorateur acoustique Cuignet" empfohlen worden. Therapeutisch kann bei größeren Steinen natürlich nur eine operative Behandlung zum Ziele führen. Von allen Methoden scheint die direkte Prostatatomie vom Damm aus am geeignetsten.

2. Über die Behandlung der angeborenen Divertikel der Blase, von H. Brongersma. Verfasser berichtet über vier von ihm beobachtete, im kleinen Becken gelegene Blasendivertikel. Hauptsache für die Diagnose ist die instrumentelle Untersuchung, und zwar in erster Linie die Zystoskopie, die beinahe ohne Ausnahme ein so charakteristisches Bild ergibt, daß die Diagnose dadurch sicher ist. Daneben kommt noch in Betracht das Katheterisieren der Blase und die Röntgenuntersuchung. Was die Behandlung angeht, so ist man sich jetzt allgemein darüber einig, daß eine Exstirpation des Divertikels geboten ist. Verfasser glaubt, daß am günstigsten der abdominale Weg für diese Operation sei, da es hierbei möglich ist, sich Rechenschaft von dem Verhältnis zu den umliegenden Organen zu geben und die vorhandenen Adhäsionen beim Loslösen sehen zu können. Die extraperitoneale Methode ist zu bevorzugen, da sie jede Gefahr einer Peritonitis ausschließt.

3. Über Prostatakarzinome, von C. E. Neuber. Verfasser bringt eine kurze Charakteristik von 30 Fällen, um dann die Resultate aus diesen Beobachtungen zu ziehen. Die karzinomatöse Erkrankung der Prostata bevorzugt das sechste Dezennium. Die Dauer der Erkrankung währt im allgemeinen nicht über zwei Jahre; in einigen Fällen

Digitized by Google

verläuft der Prozeß schleppend; Metastasenerscheinungen im Skelett sind dabei über ein Dezennium beobachtet. Das Prostatakarzinom zeigt entweder vorwiegend lokale Krankheitserscheinungen: das Organ ist derb, zuweilen vergrößert, die Pars prostatica der Harnröhre eingeengt. Die Geschwulst kann auf Samenblasen, Beckenbindegewebe und Rektum übergreifen. Die Geschwulstbildung im periprostatischen Gewebe kann zur Einengung der Ureteren und Hydronephrose, das Übergreifen auf die Harnblase zu katarrhalischen Affektionen derselben und weiter zu Pyelonephritis führen. Oder im Vordergrund steht die sekundäre Geschwulstbildung im Skelett. Lokale, wahrnehmbare Prostataveränderungen können vollständig fehlen. Die Skelettmetastasen gehen einher mit Erweichung oder mit Eburnisation. Besonders diese führt zu schweren Nervenkompressionen und deren Folgeerscheinungen. Bei der Frühdiagnose ist neben der rektalen Palpation und der Zystoskopie vor allem die Röntgenuntersuchung des Beckenrings und ev. des übrigen Skeletts zu verwerten. Diese kann in schwierigen Fällen den Ausschlag geben.

4. Diagnose und Behandlung der Frühstadien maligner Erkrankungen der Prostata, von Hugh H. Young. Verfasser hat zwölf Frühfälle von Prostatakrebs beobachtet. Eine ausgesprochene Verhärtung entweder lokalisiert oder diffus in der Prostata ist bei Männern über 50 Jahren, insbesondere wenn die Krankengeschichte nichts von lange bestehender chronischer Prostatitis zeigt, verdächtig auf Karzinom. Die Technik der Radikaloperation, die in sechs Fällen ausgeführt wurde, wird ferner ausführlich besprochen. Die Operation soll nicht mehr unternommen werden, wenn die Infiltration sich mehr als eine kurze Strecke über das Trigonum erstreckt, was bei der zystoskopischen Untersuchung mit Finger im Rektum und Zystoskop in der Urethra erkannt werden kann. Weiter werden zwei Fälle besprochen, bei denen kleine Krebsknoten vollständig entfernt wurden im Verlauf einer perinealen Prostatektomie bei angenommener benigner Hypertrophie. Beide wurden völlig geheilt. Die Operation der konservativen (teilweisen) perinealen Prostatektomie bringt bei vorgeschrittenen Fällen von Prostatakarzinom wunderbare funktionelle Resultate.

Ergebnisse:

5. Über Lokalanästhesie bei urologischen Operationen und Untersuchungen, von Otto Blum. Für sämtliche urologische Operationen und Untersuchungen mit Ausnahme der transperitonealen Nephrektomie sind Methoden der Lokalanästhesie ausgebildet. Für Operationen an der Niere kommt in erster Linie die Paravertebralanästhesie in Betracht. Die hohe Extraduralanästhesie ist in der Praxis noch nicht genügend erprobt. Die Lumbalanästhesie (Tropakokain) sollte durch die genannten ersetzt werden, bildet aber jetzt noch die Methode der Wahl. Für Operationen an der Blase und Prostata sind die Methoden der Infiltrationsanästhesie und Leitungsanästhesie und die parasakrale Anästhesie zu empfehlen. Die Epiduralanästhesie gibt für Prostatektomie keine vollkommene Analgesie. Die Lumbalanästhesie tut bei dem intravesikalen Operieren gute Dienste. Für Operationen an der Harnröhre ist die Schleimhautanästhesie (Kokain, Alypin) in Kombination mit der Infiltrationsanästhesie zu empfehlen. Die Epiduralanästhesie ist die Methode der Wahl.

Bd. 3, H. 1 und 2.

1. Die Sklerose des Nierenlagers (chronische Nierenlagerblutung), von Hermann Kümmell-Hamburg.

2. Die Koliinfektion der Nieren und ihre Behandlung, von H. Grapp. Verfasser bespricht zunächst die verschiedenen Infektionsmöglichkeiten, die aszendierende urogene Infektion, die deszendierende hämatogene und den lymphogenen Weg. Bei letzterem

Digitized by Google

erwähnt er einen von ihm beobachteten Fall, bei dem nach Perforation des Wurmfortsatzes eine peritonitische Reizung auftrat, zuerst mit starker Darmlähmung, dann mit profusen Durchfällen. Unter Einfluß dieses starken Darmkatarrhs gelangten die Kolibazillen in das Harnsystem und infizierten es. Gleichviel, auf welchem Wege hineingelangt, machen die Kolibazillen im Nierenbecken und in der Niere charakteristische Veränderungen. Diese und ihre Behandlungsmethoden werden ferner erörtert.

3. Über Nierenresektionen bei Verschmelzung und Verdoppelung der Nieren, von Oskar Rumpel-Berlin.

4. Schwangerschaft und Nephrektomie, von B. Zoeppritz-Göttingen.

5. Über metastatische renale und perirenale Abszesse, von Friedheim-Naumburg.

6. Ein multilokuläres Zystom der Harnblase beim Manne, von H. Heineke-Leipzig.

Der Tumor stammt von einem 50jährigen an Gicht leidenden Manne. Die histologische Untersuchung nach der Operation ergab, daß es sich um ein schleimbildendes multilokuläres zystisches Adenom gutartigen Charakters handelt, welches sich innerhalb der Blasenwand entwickelt hat und offenbar erst sekundär in das Blasenlumen durchgebrochen ist. Alle Wahrscheinlichkeit spricht für die Entwicklung unter der Schleimhaut, von wo aus der Druck des wachsenden Tumors wohl die Muskelwand auseinandergedrängt hat. Verfasser verbreitet sich dann an Hand der Literatur über die Möglichkeiten der Entstehung.

7. Die Resultate der operativen Behandlung der Blasentumoren, von Stammler. Auf Grund der Erfahrungen, die auf der Abteilung von Kümmell seit 28 Jahren in der Behandlung der Blasentumoren gemacht wurde, kommt man zu dem Ergebnis, daß nur die radikale Entfernung auch der gutartigen Tumoren zu guten Resultaten führen kann. Bezüglich der Diagnose und der Prognose muß man auch die benignen Tumoren als karzinomverdächtig betrachten; denn die Beurteilung der Beningnität einer Zottengeschwulst darf sich nicht allein nach den Beziehungen zwischen Epithel und Stroma richten, sondern man muß wissen, daß Veränderungen im Epithel, die uns eventuell entgangen sein können, bereits zum Karzinom überleiten. Als Operationsmethode ist die Sectio alta immer noch von den endovesikalen Methoden zu bevorzugen, denn nur bei Eröffnung der Blase kann man die oft multiplen Tumoren übersehen und im Gesunden exzidieren.

8. Zur Frage des Blasenersatzes, von Kotzenberg. Veranlaßt durch zwei von Cuneo veröffentlichte sehr gut verlaufene Fälle hat Verfasser bei einem 4jährigen Knaben mit totaler Blasenektopie die Methode angewandt und ist von dem Erfolg quoad operationem durchaus befriedigt gewesen.

9. Über Hämatoporphyrinogenausscheidung im Harn, von E. Rodelius und O. Schumm. Bei einem wegen Leistenbruchs operierten 36jährigen Patienten wurde am Tage nach der Operation einwandfrei eine Hämatoporphyrinurie festgestellt. Die Farbe solchen Urins ist portwein- oder bordeauxrot. Schumm stellte durch eingehende chemisch-spektroskopische Untersuchungen fest, daß anfangs echtes Hämatoporphyrin im Sinne Nenckis reichlich vorhanden war neben Porphyrinogen, später unter Rückgang des ersteren die Porphyrinogenausscheidung ganz in den Vordergrund trat. Eine Präzisierung in bezug auf die verschiedenen Formen der Hämatoporphyrie ist in diesem Falle bisher noch nicht möglich gewesen.

10. Die Indikationen zur Prostatektomie, von Max Waldschmidt. Der Prostatiker ohne Residuum bedarf der radikalen Operation in der Regel nicht. Ausnahmen sind: häufige Verhaltungen bei schwierigem Katheterismus unter unzweck-

Digitized by Google

mäßigen Verhältnissen, größere und öfter auftretende Blutungen, sehr gehäufte Miktionen, welche die Nachtruhe erheblich stören und den Patienten herunterbringen. Karzinomverdacht erfordert die Operation in allen Stadien der Hypertrophie sofort. Für das Frühstadium des Karzinoms genügt die Prostatektomie. Nachbehandlung mit Röntgenlicht, Radium oder Mesothorium ist wünschenswert. Besteht ein Rückstand in der Blase, welcher den Gebrauch eines Katheters notwendig macht, so muß versucht werden, den Rückstand so weit zu beseitigen, daß der Gebrauch des Katheters nicht mehr erforderlich ist. Gelingt das nicht, so ist die Operation angezeigt. Besteht schwere Infektion der Harnwege, Störung der Nierenfunktion, über längere Zeit ausgedehnte Distension der Blase oder geschwächtes Allgemeinbefinden, so ist die Operation in zwei Zeiten in Lokalanästhesie auszuführen.

11. Eine angeborene Anomalie der Niere und des Ureters unter dem klinischen Bilde eines perityphlitischen Abszesses, von F. Oehlecker.

12. Die Methoden zur Bestimmung der Nierenfunktion, von Hermann Kümmell. Verfasser gibt seine Stellung zu dieser wichtigen Frage kund. Was die Aufgaben der Bestimmung der Nierenfunktion anbetrifft, so sind dieselben qualitativer Natur, einmal die Feststellung der Gesamtleistung der Nieren und dann die jedes einzelnen Organs. Die Kryoskopie der Blase mißt die gesamte Sekretionsarbeit der Niere durch Feststellung der durch die Insuffizienz bedingten Retention, ebenso wie die Ambardmethode durch Berechnung der ureosekretorischen Konstante. Die übrigen Methoden messen nur einzelne Nierenfunktionen. Alle Methoden werden dann einzeln besprochen. Georg Heymann-Elbing.

Folia urologica.

Bd. 8, Nr. 10, Mai 1914.

1. Beiträge zum anatomischen Bau der Prostata. Die Anatomie, die physiologische und pathologische Rolle des Ductus ejaculatorius, des Colliculus seminalis und des Sphincter spermaticus, von Martin Porosz-Budapest. Die Verschließung der Samenwege geschieht durch einen vom Verfasser anatomisch nachgewiesenen Sphincter spermaticus, der im Colliculus seminalis liegt und dessen Muskelfasern zur Prostatamuskulatur gehören und sich auch nur zugleich mit den Kontraktionen der Prostata stärker kontrahieren können. „Je kräftiger die Prostatamuskulatur ist, um so aushaltender ist auch der Koitus. Je größer der Widerstand des Verschlusses ist, um so größer ist auch das Wollustgefühl."

Der Verlauf der Prostatagänge weist darauf hin, daß die Entleerung der Prostatadrüsen entsprechend nur durch Fingerdruck vom oberen Pole der Prostatalappen gegen die Spitze der Prostata ausgeführt werden soll.

2. Nieren- und Ureterenchirurgie im Jahre 1913. Übersichtsreferat von Paul Wagner-Leipzig.

Bd. 8, Nr. 11, Juni 1914.

1. Erfahrungen über Nierenchirurgie, von G. V. Illyès-Budapest. Der vorliegende Schlußteil der durch die letzten Hefte gehenden Monographie behandelt: die Anurie, die polyzystische Nierendegeneration, die Syphilis der Niere, die Wanderniere, paranephritische Eiterungen und angeborene Anomalien.

2. Malakoplakie der Blase (Hansemann), von E. Ferrari und G. Nicolich-Triest. Kasuistik.

3. Nieren- und Ureterenchirurgie im Jahre 1913. Übersichtsreferat von Paul Wagner-Leipzig. Schluß. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Studien über die Biologie und Morphologie des pleomorphen Streptobazillus der Pellagra. Vorläufiger Bericht von G. Tizzoni und G. de Angelis. (Zbl. f. Bakt., 1913, Bd. 69, H. 1—2.) Verfassern gelang es in Fortsetzung ihrer früheren Versuche, zwei Typen des Streptobazillus der Pellagra, und zwar mit beständigen und untereinander sehr verschiedenen Eigenschaften nachzuweisen, indem sie von einem und demselben Stamm aufeinander folgende Umwandlungen vornahmen. Diese Verschiedenheiten betreffen sowohl die morphologischen und kulturellen Eigentümlichkeiten des Keimes als auch das Färbungsvermögen desselben. Nach dem Entwicklungszyklus dieses pleomorphen Bazillus möchten ihn Verfasser nun (eher also wegen seiner morphologischen als seiner bakteriellen Eigenschaften) in die Gattung Aktinomyzescharz einreihen. Gewisse Fakta, die bis heute unerklärbar und einander widersprechend erschienen, vor allem die Schwierigkeit für den Keim, auf den künstlichen Nährmitteln zu gedeihen, die Verschiedenheit der bakteriellen Formen und des Verhaltens der Kulturen bei der Färbung u. a. m. würden durch diese Umwandlungsvorgänge und die Möglichkeit zweier, in vieler Beziehung differenter Formen des Pellagra-Streptobazillus nun besser zu verstehen sein. Ebenso glaubten Verfasser, mit diesen Untersuchungen eher eine Erklärung dafür gefunden zu haben, warum derselbe Keim die häufig vorkommende Ursache einer Infektion durch beschädigten Mais sein kann, da bekanntlich die Aktinomyzeten eine weite Verbreitung haben und leichte Bedingungen für das Leben in der Außenwelt finden und warum die entsprechenden Kulturen, wie solche vom Menschen her erlangt werden, von denjenigen der gewöhnlichen Strepto- und Staphylokokken unterschieden werden müssen. Verfasser behalten sich vor, späterhin auch eingehendere Einzelheiten über diesen interessanten Mikroorganismus vorzubringen und mit geeigneteren Kulturmitteln als den bisher angewandten den Entwicklungszyklus desselben weiter zu verfolgen. Stern-München.

Studie über die Biologie und Morphologie des Streptobacillus pleomorphus pellagrae, von G. Tizzoni und G. de Angelis. (Riv. pellagrol. ital., 1913, Nr. 3, deutsch im Zbl. f. Bakt., 1913, Bd. 70, H. 1—2.) Verfasser haben gefunden, daß in den Kulturen der Typus A des Streptobazillus allmählich in den Typus B übergeht; ersterer ist gramnegativ und verflüssigt Gelatine nicht, letzterer grampositiv und verflüssigt Gelatine. Der Übergang in den Typus B ist konstant. Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur pathologischen Anatomie und zur experimentellen Pathologie der Pellagra, von G. Vernoni. (Archivio per le Sc. Med., 1912, Nr. 4.) Aus Verfassers Untersuchungen geht in erster Linie hervor, daß der Pellagra kein einheitlicher resp. spezifischer pathologisch-anatomischer Typus entspricht. Jedoch treten die feineren visceralen Alterationen in jedem Pellagrafeld mit so ähnlichen, gleichmäßigen und verhältnismäßig typischen Charakteren auf, daß man daraus ohne weiteres folgern kann, daß die Pellagra eine selbständige eigenartige pathologische Entität darstellt.

Sehr charakteristisch ist die Art und Weise, in der die verschiedenen wichtigsten Parenchyme auf die Wirkung des Pellagragiftes reagieren; besonders diejenigen, die, da sie überhaupt empfindlicher für jede Giftwirkung sind, auch bei der Pellagra bedeutend geschädigt werden (Myokard), oder die, weil sie dem Hauptbildungsgebiete des Giftes angehören (Darmschleimhaut) oder der Reinigung des Organismus bestimmt sind (Nieren, Leber, Schweißdrüsen), am meisten mit dem Gift in Berührung kommen. Die Folge

Digitized by Google

dieses von dem Gift ausgeübten Reizes ist zuweilen nur eine einfache degenerative oder nekrotische Veränderung (Darmschleimhaut, Schweißdrüsen); in anderen Fällen handelt es sich hingegen neben der degenerativen Wirkung um einen proliferativen Reiz, den man aus dem Vorhandensein von zahlreichen Formen von Zellenteilung im Herz und in der Leber, aus Kernansammlungen und aus einer reichlichen Desquamation der Nierenepithelien erkennen kann. Dieser Reiz hat aber selten eine Vermehrung der Elemente zur Folge. Das Protoplasma reagiert im allgemeinen nicht wie der Kern auf den Reiz, sondern zeigt immer eine ausgesprochene Neigung zur Entartung und zur Nekrose. Diese Alterationen stellen die Grundlage der chronischen parenchymalen Phlogosen dar, die man so häufig im Krankheitsbilde der Pellagra antrifft.

Eine weitere Eigenschaft des Pellagravirus besteht darin, daß dieses mit besonderer Vorliebe die Kapillargefäße der verschiedensten Gebiete angreift; hierdurch erklärt sich die Tatsache, daß die Pellagra so häufig von einer hämorrhagischen Diathese begleitet ist. Das Krankheitsbild, das man bei Tieren experimentell durch den Streptobazillus hervorruft, erinnert in mancher Beziehung an die menschliche Pellagra: ebenso zeigen die anatomischen Alterationen dieser experimentellen Krankheit in der Mehrzahl der Fälle eine unstreitbare Ähnlichkeit mit denjenigen der menschlichen Pellagra.

Verf. schließt aus seinen Untersuchungen, daß der Streptobacillus pellagrae wenigstens eine sehr wichtige Rolle in der Pathogenese der Pellagra spielt. K. Rühl-Turin.

Ist eine aktive Immunisierung der Pellagrösen möglich? von G. Volpino und E. F. Bordoni-Turin. (Pathologica, 1913, Nr. 119.) Die Verfasser haben bei drei Pellagrakranken eine Reihe von intramuskulären Einspritzungen von Pellagrogenin ausgeführt. Bei einem war diese Behandlung erfolglos. Bei den beiden übrigen schien eine gewisse prophylaktische Wirkung (gegen Rezidive) einzutreten. K. Rühl-Turin.

Ist eine aktive Immunisierung bei Pellagrösen möglich? von G. Volpino und E. F. Bordoni. (Riv. pellagrol. ital., 1913, Nr. 6.) Pellagrogenin ist ein wäßriges Extrakt aus Mais, das durch Alkohol gefällt ist. Verfasser fällen noch kein Urteil über die Brauchbarkeit der Methode, Kranke mit subkutanen Pellagrogenininjektionen zu behandeln. Bei diesen Injektionen soll den Kranken die Maisnahrung entzogen werden, damit keine Überempfindlichkeit entsteht; ferner soll man keine zu weit vorgeschrittenen Fälle mit Degenerationen nehmen. Allzustarke Reaktionen sind zu vermeiden. Die Injektionen soll man in Zwischenräumen von einigen Monaten wiederholen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zeismus oder Pellagra? von P. A. Nightingale-Victoria, Rhodesia. (Brit. m. J., 7. Febr. 1914.) Unter Zeismus (Zea = Mais) ist eine auf den Genuß von unzweckmäßig geschältem Mais zurückzuführende Affektion zu verstehen, von welcher Verfasser im Gefängnis zu Viktoria 40 Fälle beobachtet hat. Die Störung, wie sie von ihm bei früherer Gelegenheit schon beschrieben wurde und jetzt in gleicher Weise nochmals geschildert wird, hat in bezug auf die kutanen und die gastro-intestinalen Erscheinungen einige Ähnlichkeit mit Pellagra, ist aber nach N. entschieden von dieser Krankheit zu unterscheiden, besonders da eine Beteiligung des Nervensystems bei keinem seiner Kranken vorkam. Die Erkrankung trat bei den Insassen des Gefängnisses bei mehreren Gelegenheiten hervor, wenn dieselben anstatt mit dem handgemahlenen Mehl vom einheimischen Rapoko, das den Gesamtbestandteil an Hülse mit enthielt, mit einem feinen, von allen Hülsen befreiten Maismehl ernährt wurden. Verfasser meint, daß an den Hülsen dieser Zerealien Bestandteile haften, welche für den menschlichen Organismus notwendig sind. Die kutanen Erscheinungen, welche, wie gesagt, einige Übereinstimmung mit Pellagra aufweisen, unterscheiden sich hiervon durch folgende Momente: Die Läsionen sind von der Jahreszeit unabhängig und rezidivieren nur bei ungeeigneter Ernährung;

Digitized by Google

sie bevorzugen die Streckseite der Vorderarme; bei schweren Fällen sind letztere ringförmig umfaßt, aber die Affektion geht nicht über das Handgelenk und den Ellenbogen hinaus; desgleichen werden die Unterschenkel und in seltenen Fällen der Fußrücken affiziert. Auch der Hals, Wangen und Stirn sind gelegentlich affiziert. Die Haut zeigt dabei dunkle, etwas erhabene, rauhe Flecke, bei den schwarzen Eingeborenen ohne Rötung, mit später folgender, flatschiger Abschuppung ohne Blasenbildung und ohne subkutane Blutungen. Nach Wiederaufnahme der normalen Ernährungsweise vergehen die Läsionen allmählich vollständig und ohne Überbleibsel. Philippi-Salzschlirf.

Beiträge zur Symptomatologie der Pellagra, von J. Hatiegan und A. Doeri-Klausenburg. (W. kl. W., 1914, Nr. 16.) Bei 10 Pellagrakranken wurden Untersuchungen über die Störungen der Magendarmtätigkeit angestellt, sowohl über die Motilitätsverhältnisse mit Hilfe der Röntgendurchleuchtung, als über die chemischen Verhältnisse mittels des Probefrühstücks nach Mintz. Bei allen Kranken fand sich eine Achlorhydrie oder Hypochlorhydrie des Magens, die ein ziemlich frühes und ständiges Symptom der Pellagra zu sein scheint. Die Pankreasfunktion zeigte keine wesentlichen Änderungen. Auf Grund ihrer therapeutischen Erfahrungen halten sie den medikamentösen Ersatz der fehlenden Magenenzyme bei der Behandlung der Pellagra für unbedingt berechtigt. W. Lehmann-Stettin.

Untersuchungen über die Pellagra bei Kindern, von Augusto Franchetti. (Riv. pellagrol. ital., 1914, Nr. 2.) Die kommissionellen Erhebungen über die Pellagra bei Kindern haben ergeben, daß ein Krankheitsfall bei Säuglingen noch nicht beobachtet wurde; bei älteren Kindern wurden vereinzelte Fälle konstatiert, doch waren jene meist bereits mit Mais ernährt worden. Diese Befunde bilden ein gewichtiges Argument gegen die Anschauung, daß die Pellagra eine durch Insektenstiche übertragbare Infektionskrankheit sei; sie sprechen im Gegenteile zugunsten der alimentären Intoxikation. Richard Frühwald-Leipzig.

Pellagröse Toxiinfektion und Konvulsionen, von Piero Ricci. (Riv. pellagrol. ital., 1913, Nr. 3.) Die Beobachtung von Konvulsionen im Verlaufe einer pellagrösen Psychose und die Analogie mit exogenen Vergiftungen bringen Verfasser zu der Ansicht, daß jene Phänomene nur von der Intoxikation abhängen und daß es sich nicht um eine primitive Neurose handle. Richard Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen über die Hypersensibilität der Pellagrösen, von L. Finato und F. Novello-Verona. (Gaz. internaz. di Med. e Chir., 1913, Nr. 44.) Volpino, Alpago-Novello, Bordoni und Mariani haben nachgewiesen, daß die Pellagrakranken eine besondere Überempfindlichkeit gegen die subkutane Einspritzung von sterilen Extrakten aus verdorbenem Mais besitzen. Mehrere andre Verfasser (Rondoni, Cesabianchi, Vallardi, Pisenti) haben eine ähnliche Überempfindlichkeit bei Pellagrösen konstatiert. Volpino hat später nachgewiesen, daß die bei der Überempfindlichkeitsreaktion wirkende Substanz, die er Pellagrogenin nennt, nicht nur im verdorbenen, sondern auch im gesunden Mais enthalten ist, aber bei Einspritzung von Extrakten aus diesem nicht wirken kann, weil dieser hemmende Stoffe enthält, daß mit Mais gefütterte Meerschweinchen auch gegen die Einspritzung von Blut vom Pellagrakranken überempfindlich sind, und daß diese Hypersensibilität der Meerschweinchen durch wiederholte Einspritzungen von Pellagrogenin herabgesetzt werden kann.

Finato und Novello haben nur mit dem Volpinoschen Pellagrogenin Versuche bei 41 Pellagrakranken und bei 18 Gesunden ausgeführt und ferner bei 12 Pellagrösen versucht, eine Ophthalmo- resp. Kutireaktion hervorzurufen. Ihre Beobachtungen bestätigen die Existenz einer Überempfindlichkeit der Pellagrakranken gegen die intramuskuläre Einspritzung von Pellagrogenin. Auf diese Einspritzung folgt bei Schwer-

Digitized by Google

kranken eine ziemlich starke, bei einer in bedeutender Besserung begriffenen Kranken eine schwächere, bei Nichtpellagrösen meistens keine allgemeine Reaktion. Die Reaktion ist also spezifisch.

Eine lokale, d. h. Ophthalmo- oder Kutireaktion, konnten die Verfasser nicht hervorrufen. K. Rühl-Turin.

Überempfindlichkeit der mit Mais genährten Meerschweinchen gegen Blutserum Pellagröser, von Gino Volpi-Ghirardini und Giuseppe Zuccari. (Riv. pellagrol. ital., 1913, Nr. 5; 1914, Nr. 1.) Die Versuche sind noch nicht zahlreich genug, um bindende Schlüsse zu erlauben. Doch geht aus ihnen hervor, daß Meerschweinchen, wenn sie mit Mais, speziell mit verdorbenem Mais, gefüttert wurden, eine gewisse Überempfindlichkeit gegen Blutserum Pellagröser zeigten. Doch ist diese nicht so stark und so konstant, daß man sie für eine spezifische anaphylaktische Reaktion ansprechen könne. Richard Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen über Pellagra, von G. Volpino, A. Mariani, E. F. Bordoni und L. Alpago-Novello. (Riv. pellagrol. ital., 1913, Nr. 2.) Wässeriger Extrakt aus verdorbenem Mais bewirkt bei intramuskulärer Injektion bei Pellagrösen eine spezifische Hypersensibilitätsreaktion. Die wirksame Substanz haben die Verfasser durch Fällung mit Alkohol dargestellt und „Pellagrogenin" genannt. Die Injektionen von Pellagrogenin sind spezifisch und demonstrieren den Zusammenhang zwischen Pellagra und Maisnahrung. Im Mais sind aber auch Substanzen vorhanden, die die Wirkung des Pellagrogenins zentralisieren; durch die verschiedene Menge dieser Substanzen läßt sich die mehr oder weniger pellagrogene Wirkung der verschiedenen Maisarten erklären. Auch das Fehlen der Pellagra in Ländern, wo Mais gegessen wird (Brasilien), läßt sich aus dem Reichtum dieser neutralisierenden Substanzen oder dem Mangel an Pellagrogenin erklären. Daß auch Menschen, die nie Mais gegessen haben, an Pellagra erkranken können, erklären die Verfasser damit, daß sie gewiß andere Zerealien genossen haben, die ja alle verwandt untereinander sind. Schließlich haben die Verfasser bei Tieren durch Injektion von Pellagrogenin den durch ausschließliche Maisnahrung erfolgenden Tod aufschieben können. Sie hoffen daher, daß sie mit Pellagrogenin prophylaktische Kuren werden machen können. Richard Frühwald-Leipzig.

Pellagra, chirurgischer Eingriff, die Kolloide und starke Medikamente, auch Einführung eines vielleicht neuen ätiologischen Faktors, von Harlan Shoemaker-Shelley. (New York m. J., 2. Aug. 1913.) Pellagra ist nach Verfassers Erfahrung, die besonders im Jahre 1912 durch eine fast epidemieartige Verbreitung in seinem Bezirke eine über 100 Fälle umfassende ist, eine Krankheit, welche als leichte katarrhalische Darmaffektion beginnt und als solche 6—9 Monate bleibt; manche Patienten haben in diesem Frühstadium eine leichte katarrhalische Gelbsucht, und da die Gallenblase ein sehr geeignetes Reservoir für viele Mikroorganismen ist, so kann möglicherweise auch der Pellagrakeim hier lauern; die Dränage der Gallenblase mit Appendixektomie erwies sich in zwei Fällen als sehr gutes Mittel gegen die Appendizitis sowohl wie gegen die Pellagra, die damit völlig coupiert wurde, wie ja überhaupt jeder chirurgische Eingriff, der sich bei Pellagrakranken als nötig erweist, bei denselben meist auffallende Besserung des Leidens bewirkt. Sh. beobachtete übrigens Heilung durch die verschiedensten Mittel, ebenso wie auch ohne irgend welche Behandlung (Spontanheilung). Er gab über 400 intravenöse Injektionen von Metallen, elektrisch hergestellten Metallkolloiden und organischen Metallkolloiden, und zwar Antimon, Cu, Selenium, Silber, Arsenit und Eisen, und die meisten elektrisch positiven Metalle, wie Cu, rufen die stärkste Reaktion hervor (hohes Fieber, ausgesprochene Leukozytosis usw.). Bei den organischen Metallkolloiden kann die Reaktion fehlen; wenn vorhanden, ist sie bei weitem nicht so heftig wie bei

Digitized by Google

den elektrisch hergestellten Kolloiden. Da Pellagra eine ausgesprochene Krankheit mit Hypoleukozytose ist, so dürfte die Anregung der Leukozytose in mehr oder weniger hohem Grade ein wichtiger Faktor der Heilung sein. Bei Pellagra ist vor allem Alkohol zu meiden, ebenso tritt keine Besserung bei Morphinisten, bei niedriger Proteinkost, bei direkter Sonnenlichteinwirkung usw. ein. Frühzeitige Diagnose, geeignete Diät und Behandlung setzen bei Pellagra alle Mittel der modernen Medizin in Bewegung; eine spezifische Probe, wie jene von Bordet, liegt immerhin im Bereiche der Möglichkeit. Unter 12 Pellagrakranken ist immer je einer chirurgisch (Gallenblasedrainage) zu behandeln. Schließlich warnt Verfasser davor, eine absolut ungünstige Prognose jemals zu stellen, da die schlimmsten Fälle ganz plötzlich zu rascher Heilung kommen können, und da besonders die Heilung von einem glücklichen Temperament abhängt.

Stern-München.

Bericht über einen Fall von Pellagra, von J. W. E. Cole. (Lanc., 1913, Nr. 4697.) Ein im Juli dieses Jahres in die Irrenanstalt eingeliefertes 25jähriges Mädchen bot wenige Tage nach der Aufnahme eine auffällige erythematöse Rötung an der Stirn und den Handrücken dar. Im allgemeinen hatten die Läsionen am meisten Ähnlichkeit mit einem Ekzema solare, doch stellte Verfasser alsbald die Diagnose auf Pellagra, welche von Autoritäten auch bestätigt wurde. Philippi-Salzschlirf.

Bericht über einen suspekten Fall von Pellagra, von R. Reid und W. Calwell-Belfast. (Brit. m. J., 27. Sept. 1913.) Verfasser machen Mitteilung über einen 66jährigen Landmann, bei dem namentlich die Hände, weniger das Gesicht und die Brust, pellagraartige Läsionen aufweisen. Geistige Defekte waren andeutungsweise vorhanden; ebenso waren einige geringfügige sonstige körperliche Störungen vorhanden.

Philippi-Salzschlirf.

Bericht über einen Fall von Pellagra, von E. M. Johnstone-Holloway. (Lanc., 18. Okt. 1913.) Bei einer älteren Frau, welche wegen manischer und melancholischer Erscheinungen etwa vier Jahre schon in Anstaltsbehandlung gewesen war, konstatierte J. nach einem relativ kurzen Aufenthalt in der Sonne im Freien eine als Pellagra zu diagnostizierende Affektion der Stirn und Hände. Unter geeigneter Behandlung „vergingen die Störungen ziemlich prompt. Von zwei anderen Irren, welche im Jahre 1912 in der Anstalt ähnliche Erscheinungen darboten, ist die eine bald nachher gestorben, während die andere, jetzt anderweitig untergebracht, keine Hautläsionen mehr darbieten soll. Philippi-Salzschlirf.

Reisebeobachtungen über Pellagra, von C. Mense-Kassel. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1913, Bd. 17, H. 22.) Die Pellagra herrscht endemisch im Süden und Südosten Europas. In Innsbruck kann man stets Pellagrakranke in der Klinik finden. Für das hereditäre Auftreten der Pellagra finden sich nach Ansicht Menses kaum sichere Beweise, wenn auch die Erblichkeit eine gewisse Rolle im Sinne einer Disposition spielen mag. Daneben kommt als prädisponierendes Moment der Alkoholismus in Frage. Verfasser glaubt einen Zusammenhang zwischen Pellagraerythem und allgemeinem seborrhoischem Ekzem in dem Sinne feststellen zu können, daß das letztere an seinen Prädilektionsstellen häufig zur Ausbildung des ersteren Anlaß gibt und so eine scheinbare Vorliebe der pellagrösen Hautaffektion für diese Stellen vortäuscht.

M. konnte an 29 Fällen nachweisen — wie dieses ja auch bei anderen Kachexien und Stoffwechselstörungen der Fall ist —, daß der Rhodankaliumgehalt des Speichels gegen die Norm sehr verringert ist, und glaubt diesen Befund zur Differentialdiagnose verwerten zu dürfen. Oscar Gans-Hamburg.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Ärztliche Versorgung in den deutschen Südsee-Kolonien. Der ärztliche Korrespondent des M. Record (27. Mai 1911) berichtet von einer Reise, die er in die Südsee unternommen hat, das folgende uns Interessierende.

Auf der Insel Jap unterhält die deutsche Regierung ein kleines Hospital unter der Aufsicht eines Arztes, der zugleich die Quarantäneinspektion der aus fremden Häfen kommenden Schiffe vorzunehmen hat. Die Eingeborenen werden ohne Gegenleistung behandelt, machen aber wenig Gebrauch davon, so daß die Tätigkeit des Arztes sich auf einige 20 Europäer beschränkt und auf Versuche, Impfungen vorzunehmen, die aber noch keine große Ausdehnung gewonnen haben.

In Kaiser-Wilhelm-Hafen auf Neu-Guinea ist ebenfalls ein Hospital errichtet, das auf einer kleinen Insel vollkommen isoliert steht. In hölzernen Pavillons können ungefähr 100 Eingeborene untergebracht werden. Ein besser eingerichteter Pavillon ist für Europäer vorgesehen. Im allgemeinen hält es schwer, die Eingeborenen in das Hospital zu bringen, doch wird dies, besonders bei ansteckenden Krankheiten, mit Hilfe der Eingeborenenpolizei erreicht, und zwar meist ohne besonderen Zwang. Dagegen erfreut sich die Impfung einer großen Popularität; da die Eingeborenen sich selbst durch Narben zu verschönern suchen, sind sie eifrig darauf bedacht, die durch das Impfen entstandenen Narben möglichst groß und sichtbar zu bekommen. Infolgedessen hat die Impfung eine ziemliche Ausdehnung bekommen. In der Hauptstadt Neu-Guineas, in Rabaul, befindet sich ein bedeutend größeres Hospital mit zwei Ärzten und einer Anzahl deutscher Diakonissinnen. Hier können in zehn Pavillons gegen 500 Patienten untergebracht werden. Ebenso wird ein kleines Hospital mit einem Arzt und einigen katholischen Schwestern in Herbertshöhe unterhalten.

W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Ein neues **Leprosorium** soll in San Clementi Island (Kalifornien) gegründet werden.

Der neue Vorstand der dermatologischen Sektion der **American Medical Association** besteht aus: Richard L. Sutton-Kansas City, Vorsitzender, J. B. Kessler-Jowa City, stellvertr. Vorsitzender, Howard Fox-New York, Sekretär; der der urologischen Sektion aus: Arthur L. Chute-Boston, Granville MacGowan-Los Angeles, Louis E. Schmidt-Chicago.

Prof. Dr. Hans Hübner, Leiter der Hautstation der medizinischen Klinik in Marburg a. L. und gewesener Assistent der dermatologischen Kliniken zu Leipzig und Frankfurt a. M., wurde zum Chefarzte der dermatologischen Abteilung am städtischen Krankenhause zu Elberfeld gewählt.

Priv.-Doz. Dr. W. Fribors aus Bonn ist als Nachfolger von M. Wolters zum a. o. Professor und Direktor der Klinik für Hautkrankheiten in Rostock ernannt worden.

Der mit dem Titel eines a. o. Professors bekleidete Privatdozent Dr. Rudolf Winternitz an der deutschen Universität in Prag wurde zum a. o. Professor ernannt.

Prof. Nicolas Jean-Baptiste Duguet, Vizepräsident der Académie de Médicine und gewesener Chefarzt am Hôpital Lariboisière in Paris, ist gestorben. Dermatologisch hat er sich bekannt gemacht durch seine Experimente über die Maculae coeruleae ex pediculis pubis und durch Beobachtungen über Argyrie.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

29. August 1914 | Nr. 35 | Band 59

Aus der Klinik für syphilitische und Hautkrankheiten der Universität in Straßburg i. E. (Direktor: Prof. Dr. Wolff).

Beitrag zur Frage nach der praktischen Verwertung der Pallidin-Reaktion.

Von

Dr. J. Roedner, Assistent der Klinik.

Seit der Entdeckung der Spirochaeta pallida haben sich zahlreiche Forscher bemüht, eine für die Syphilis charakteristische Kutanreaktion zu finden, entsprechend der Pirquetschen Kutanreaktion bei der Tuberkulose. In neuster Zeit glauben nun Klausner und Fischer (1) in dem sogenannten „Pallidin", einem wässerigen, 0,5% Phenol enthaltenden, 20 Minuten auf 60° erwärmten Extrakt aus spirochätenreichen Lungen an Pneumonia alba gestorbener Kinder, nach dessen Durchprüfung an einer 1500 Fälle umfassenden Versuchsreihe, ein Diagnostikum gefunden zu haben, das für Lues III und Lues hereditaria spezifisch sei. Die Pallidinreaktion soll auch die Diagnose gummöser Erkrankungen der inneren Organe und luetischer Augenaffektionen der Spätperiode mit Sicherheit ermöglichen. Die genannten Verfasser spritzten anfänglich das Pallidin intrakutan ein, in Mengen von 0,02—0,04 ccm; bei positivem Ausfall der Reaktion sollte sich nach 24 Stunden eine zweimarkstückgroße, leicht bräunliche Papel am Ort der Injektion bilden; diese Papel war von einem etwa 1 cm breiten, lebhaft roten Entzündungshof umgeben, der in den nächsten 12—24 Stunden bis auf Fünfmarkstückgröße sich verbreiterte. Eine Kontrollimpfung mit Kochsalzlösung sollte jeweils nach 24 Stunden nur ein leichtes, nach weiteren 24 Stunden verschwundenes Erythem erzeugen, das also gerade zu der Zeit nicht mehr nachweisbar wäre, in welcher die Pallidin-Reaktion auf ihrem Höhepunkt stehen soll.

Klausner und Fischer geben an, daß sie mit dieser Methode nie ein auch nur zweifelhaftes Resultat bei nicht luetischen Individuen beobachtet hätten, auch nie bei Lues I und Lues II; dagegen sei die Reaktion fast stets bei Lues III, Lues hereditaria und vereinzelt bei Lues in der Spätlatenz positiv ausgefallen. Einmal reagierte eine Hautform von Lues III, die allerdings auch keine positive Wassermannsche Reaktion

Digitized by Google

aufwies, negativ. Bemerkenswert ist, daß Fälle von Tabes und Paralyse stets negativ auf die Impfung mit Pallidin reagierten. Die Reaktion verläuft, wie schon angedeutet, mit wechselnder Intensität, die stärksten Erscheinungen soll man bei Fällen von Lues maligna sehen, wo es zur Bildung von Neuropusteln in der Papel kommt. Reagiert ein Fall von Lues hereditaria oder Lues gummosa einmal negativ, so soll auch die Wassermannsche Reaktion stets negativ ausfallen.

Auch bei nicht luetischen Hautaffektionen soll die Pallidin-Reaktion stets negativ ausfallen, so habe nach seinen Angaben Klausner (2) bei 3 Fällen von Lupus erythematodes, 30 Fällen von Psoriasis vulgaris, 17 Fällen von Ekzem, 21 Fällen von Ulcus molle, 12 Fällen von Ulcus cruris, 14 Fällen von Karzinom die Reaktion stets negativ ausfallen sehen; desgleichen in 2 Fällen von Lungentuberkulose, 1 Fall von Ikterus, 21 Fällen von Gonorrhoe.

Als besonders interessant führt Klausner (2) einen Fall von Lebertumor an, der neben positiver Wassermannscher auch eine stärkst positive Pallidin-Reaktion aufwies; hier fand sich bei der Probelaparotomie ein auch histopathologisch sichergestelltes Gumma vor.

Vor einiger Zeit hat nun Klausner eine Modifikation der Pallidin-Reaktion veröffentlicht (3), die er folgendermaßen beschreibt:

An der Haut des mit Äther leicht gereinigten Oberarms werden mit einer gewöhnlichen Impflanzette 4 etwa 1,5 cm lange, aufeinander senkrecht stehende Impfstriche gesetzt in der Weise, daß zu jedem Striche die ebenfalls mit Äther immer von neuem gereinigte Lanzette in das gut durchgeschüttelte Pallidin getaucht wird. Nach vollendeter Impfung müssen alle 4 Striche zum Zeichen, daß das Pallidin in die Kutis gelangt ist, deutlich bluten. Man läßt die Blutbörkchen auf den Strichen bei wagerecht gehaltenem Arm eintrocknen, läßt die Impfstelle unbedeckt. Die positive Reaktion verläuft dann folgendermaßen: Nach ca. 24 Stunden zeigt sich eine deutliche Infiltration um die Inzisionen, ist nach 48 Stunden auf der Höhe ihrer Ausbildung und wird zu dieser Zeit abgelesen. Während bei nicht luetischen Individuen, bzw. Patienten des ersten und zweiten Stadiums der Lues nach 48 Stunden die Haut an der Impfstelle reaktionslos erscheint, findet sich bei positiver Pallidin-Reaktion, also bei Patienten mit tertiärer oder hereditärer Lues eine die ganze Impfstelle einnehmende, leicht elevierte entzündliche Papel, die in fast allen Fällen von einem toxischen Erythem umgeben ist, welches oft 1—2 cm breit die Impfpapel umgibt, manchmal deutliche Fortsätze längs der Lymphbahnen erkennen läßt. Bei völlig unbehandelten Fällen von Lues gummosa und besonders bei Lues hereditaria kommt es manchmal zum Auftreten von Nekropusteln in den Impfstrichen. Nach 2—3 Tagen schwindet für gewöhnlich das toxische Erythem um die Impfpapel; letztere bildet sich langsam zurück und bleibt noch 1—2 Wochen als braunrotes, etwas schuppendes Infiltrat deutlich sichtbar."

Klausner betont ferner, daß für ihn die an mehr als 1200 als Kontrollfälle dienenden Individuen mit Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie anderen Affektionen erprobte Reaktion, für tertiäre und hereditäre Lues spezifisch ist. Sie hat sich auch bei der Diagnose

Digitized by Google

gummöser Erkrankungen innerer Organe, bei luetischen Augenerkrankungen der Spätperiode bewährt. Die Pallidin-Reaktion ist in seinen Augen der Wassermannschen Reaktion in diesem Stadium gleichwertig oder sogar überlegen. Ihre Beziehung zu letzterer Reaktion haben Müller und Stein (4) an der Klinik Finger untersucht und gefunden, daß Individuen im Latenzstadium der Syphilis und negativer Wassermannscher Reaktion, nach Ausführung der Pallidin-Reaktion mit positivem Resultat schon wenige Tage später eine positive WR aufweisen können. Klausner hat diese Beobachtung in einem Falle einwandfrei bestätigen können; er hebt erneut als bemerkenswert hervor, daß Tabes und Paralyse, ebenso luetische Gefäßerkrankungen (Aneurysmen) stets einen negativen Ausfall der Pallidin-Reaktion aufweisen.

Was nun die Erklärung des Wesens und des Mechanismus der Pallidin-Reaktion betrifft, so sieht Klausner (2) in seiner zweiten Mitteilung, anschließend und im Sinne von Finger und Landsteiner sie darin, daß dieselbe eine „geänderte und verstärkte Reaktion des syphilitischen Organismus auf den Pneumonia-alba-Extrakt ist", eine Art Antikörper-Antigen-Reaktion gleich der Tuberkulinreaktion, mithin eine echte Hautallergie.

Des großen Interesses wegen, das diese Reaktion beansprucht, die ja technisch sehr leicht auszuführen und zu deuten ist und in der Praxis bei der Differentialdiagnose große Dienste zu leisten berufen erscheint, habe ich diese Angaben an dem Material der Klinik nachgeprüft. Zu den Versuchen hatte die Firma Merck in liebenswürdigster Weise 2 Fläschchen Pallidin zur Verfügung gestellt. Meine Versuchsreihe umfaßt 39 Fälle, die sich wie folgt verteilen: Ein Fall von Kankroid, einer von Ulcus molle, 6 Fälle von Lues I, 19 Fälle von Lues II, 2 Fälle von Lues II maligna, 2 Fälle von Lues in der Spätlatenz, 8 Fälle von Lues III. Endlich wurde auch noch an 6 Kaninchen, von denen 3 gesund und 3 syphilitisch infiziert waren, die Pallidin-Reaktion ausgeführt. Für die Überlassung der Versuchstiere spreche ich Herrn Prof. Uhlenhuth und Herrn Privatdozent Dr. Mulzer auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus. Über die Art der Fälle der Versuchsreihe gibt die umstehende Tabelle Auskunft.

Was die Technik der Reaktion anbelangt, so habe ich mich streng an die Angaben von Klausner (3) in seiner letzten Mitteilung gehalten, mit dem Unterschied höchstens, daß statt mit der Impflanzette die Impfstriche mit einem spitzen Bistouri gezogen wurden. Als Impfstelle wurde stets der linke Oberarm gewählt, zur Kontrolle wurde unterhalb der mit Pallidin geimpften Stelle noch die gleiche Impffigur mit dem in sterile physiologische Kochsalzlösung getauchten Bistouri angebracht. Bei den

Digitized by Google

	Nicht luetische Affektionen	Wassermann	Pallidin
Berth. Joseph 65a	Kankroid der reg. Mastoid. dextr.	—	—
Wi. Jakob 36a	Ulcus molle des Präputium + Bubo inguin. dextr.		—
	Lues I und II		
W. Otto 34a	Makulo-papulöses Exanthem am Stamm, nässende Papeln am Skrotum		—
St. Erich 20a	Kleinpapulöses Syphilid am Stamm	—	—
L. Eugen 31a	Chancre mixte am Frenulum	+	—
G. Karl 31a	Luetische Schwiele der Harnröhrenmündung	+	—
M. Henriette 18a	Leukoderma colli, nässende Papeln der Vulva	+	—
J. Franz 26a	Lues latens	+	—
W. Karl 32a	Primäraffekt im Sulcus coronarius, Polyskleradenitis inguinalis, Spirochäten +		—
R. Robert 25a	Primäraffekt im Sulcus coronarius, Polyskleradenitis inguinalis, Spirochäten +		—
P. Schalam 32a	Kleinpapulöses Syphilid am Stamm	+	—
Sch. Joseph 28a	Erosion chancriforme am Penis, Oedème dur des Skrotum und Penis		—
Schw. Stanislaus 21a	Angina specifica, erodierte Papeln der Unterlippe und des Skrotum	+	—
L. Hermann 23a	Primäraffekt auf dem unreinen Vorhautblatt, Spirochäten +		—
H. Fritz 22a	Lues latens	+	—
M. Michel 44a	Primäraffekt am Skrotum, kleinfleckige Roseola		—
L. Maria 47a	Großpapulöses Syphilid am Stamm und den Armen		—
D. Marie 24a	Nässende Papeln der Vulva, Polyskleraden. inguin.		—
B. Josephine 23a	Nässende Papeln der Vulva, Plaques opalines der Mundschleimhaut, großpapulöses Syphilid am Stamm		—
B. Georg 34a	Großfleckige Roseola		—
Schm. Klara 22a	Primäraffekt an der Unterlippe, Roseola am Stamm		—
Schl. Emilie 32a	Kleinpapulöses Syphilid am Stamm, Papeln der Vulva		—
Am. Artur 20a	Ulzerierte Papeln am Skrotum und Penis		—
Schw. Friedrich 31a	Urethralschanker, Polyskleradenitis inguinalis	+	—

Digitized by Google

	Lues I und II	WASSERMANN	Pallidin
K. Camille 29a	Annuläre Roseola am Stamm		—
F. Karl 26a	Primäraffekt im Sulcus coronarius, Spirochäten +		—
K. Nicolaus 25a	Erosion chancriforme des Penis, makulo-papulöses Exanthem am Rumpf, Plaques opalines im Pharynx		—
G. Heinrich 20a	Ulzerierte Papeln an Penis, Skrotum, Anus; Plaques opalines auf der rechten Tonsille		—
N. Johann 22a	Nässende Papel am Anus	+	—
	Lues II maligna		
C. Artur 25a	Serpiginöse Geschwüre an Rücken, rechten Arm und Bauch	+	—
B. Emil 29a	Konzentriformes, papulo-ulzeröses Syphilid am Rumpf, Plaques opalines der Mundschleimhaut	+	—
	Lues III		
Sch. Johann 41a	Geschwürig zerfallenes Gumma des Rückens	+	—
Sim. Marie 30a	Girlandenförmig angeordnete Gummata der Regio deltoidea dextr. und am linken Oberschenkel	+	—
Jan. Michel 33a	Frische Gaumensegelperforation	+	—
B. Rosa 28a	Oberflächliches Gumma des Nasenrückens	+	—
Z. Salome 71a	Ulzerierte Gummata der Nase, narbige Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand	+	—
Sp. Karoline 45a	Oberflächliche Gummata der Nase und der Oberlippe	+	—
M. Ludovico 46a	Oberflächliche Gummata, zirzinär angeordnet am Stamm	+	—
Ack. P. 24a	Tertiäre Papeln in der Flanke und den Unterarmen	+	—

Versuchstieren wurden Pallidin- und Kontrollimpfung auf der rasierten Bauchhaut ausgeführt. Ich möchte hier gleich vorwegnehmen, daß die Reaktion bei allen sechs Kaninchen, syphilitischen wie gesunden, negativ ausfiel.

Bei den Versuchen am Menschen erhielt ich, in Übereinstimmung mit KLAUSNER und FISCHER, eine negative Pallidin-Reaktion bei dem Fall von Kankroid, dem Fall von Ulcus molle, bei allen 6 Fällen von Lues I, den 19 von Lues II, den 2 Fällen von Lues II maligna, den 2 Fällen von Lues in der Spätlatenz.

Die negative Reaktion bei den 2 Fällen von Lues in der Spätlatenz

Digitized by Google

widerspricht nicht absolut dem Resultat von KLAUSNER und FISCHER, da diese Verfasser nur „in vereinzelten Fällen von Lues in der Spätlatenz" eine positive Reaktion erzielten. Für die vergleichende Bewertung der Pallidin- und der WASSERMANNschen Reaktion ist es wohl von Interesse zu erwähnen, daß in diesen beiden Fällen die WR stark positiv war. Im vollen Widerspruch zu den KLAUSNERschen Angaben steht dagegen der negative Ausfall der Reaktion bei den 8 Fällen von Lues III. Von diesen bietet der Fall Jan. Michel, zerfallenes Gumma des Gaumensegels, das zur Perforation geführt hatte, dadurch besonderes Interesse, daß der Patient keine Ahnung von seiner Syphilis hatte und nie spezifisch behandelt worden war. Ich habe also bei den 8 Fällen von Lues III, für die gerade die Pallidin-Reaktion spezifisch sein soll, 100% Mißerfolge gehabt.

Da ich bei Anstellung der Reaktion mich streng an die Vorschrift KLAUSNERS gehalten habe, kann ich wohl den Einwand, der Mißerfolg rühre von einer mangelhaften Technik her, von vornherein abweisen. Ich glaube, daß die Ursache anderswo zu suchen ist, und wenn KLAUSNER die PR als eine Antigen-Antikörper-Reaktion auffaßt, ist ihm die Ansicht von UHLENHUTH und MULZER über das Vorkommen von Antikörpern bei der Syphilis entgegenzuhalten. In ihrem Werk über die experimentelle Syphilis der Kaninchen schreiben nämlich die vorgenannten Forscher: „Ebensowenig sind nach unseren bisherigen Beobachtungen im Serum erkrankter oder intravenös geimpfter Kaninchen ‚spezifische Antikörper' nachweisbar. Serum von Kaninchen, die oft intravenös mit frischen oder abgetöteten Spirochäten behandelt wurden, hatte therapeutisch auf syphilitische Hodenerkrankungen oder Primäraffekt keinen sichtbaren Einfluß. Ebenso verhielt sich das Serum spontan geheilter Kaninchen. Auch haben wir keine deutliche Agglutinationswirkung solcher Sera feststellen können." Nun, wo keine Antikörper sind, kann man sich auch schwer vorstellen, wie eine Antigen-Antikörper-Reaktion zustande kommen soll. Ferner ist es überhaupt schwierig, eine für die Syphilis spezifische und konstante, eindeutige Resultate gebende Kutanreaktion zu finden, was aus den jüngsten Arbeiten über die Luetinreaktion nach NOGUCHI wohl hervorgeht. NOGUCHI selber hatte schon gesehen, daß am linken Arm der Patienten, denen er rechts Luetin injiziert hatte, zuweilen an der Stelle der spirochätenfreien Kontrollinjektion eine ähnliche Reaktion auftrat wie am Ort der Luetininjektion; andere haben diese Reaktion noch stärker an der Kontrollimpfungsstelle als an der spezifischen Impfungsstelle auftreten sehen, so WOLFSOHN, ROBINSON, RYTINA, LÖWENSTEIN (5). Diese Tatsache wird auf eine Überempfindlichkeit der Haut luetischer Patienten gegen Infektion und Traumen zurückgeführt, wofür

Digitized by Google

eine Erklärung noch nicht sicher gegeben ist. (Hier möge auch eine Beobachtung an dem Patienten mit der Gaumensegelperforation ihren Platz finden: Die intravenöse Salvarsaninjektion war technisch schwierig, da die Venen sehr zart waren, es mußte daher an verschiedenen Stellen die Nadel eingestochen werden, bis sie richtig im Venenlumen saß; an allen diesen Stellen bildete sich nach 7—8 Tagen ein papelähnliches Gebilde mit zentraler Pustel.) Die Überempfindlichkeit muß natürlich den diagnostischen Wert einer Kutanreaktion bei syphilitischen Individuen sehr herabsetzen, und so haben auch z. B. Burnier, P. Weill und Giroux nach Injektion einiger Tropfen physiologischer Kochsalzlösung unter die Haut eines Syphilitikers eine ebenso starke Kutireaktion auftreten sehen als nach Luetininjektion (5). Daneben reagieren zuweilen auch nicht luetische Individuen auf Luetininjektion, so hat Burnier bei 3 Fällen von Lupus erythematodes und 1 Fall von Lupus vulgaris mit negativem Wassermann eine positive Reaktion erzielt, Befunde, die Joltrain, Lazare und Alcock, Cedercreutz und Jeanselme bei anderen nicht luetischen Affektionen in einem großen Prozentsatz der Fälle bestätigen konnten (5).

Bei der letzten Sitzung der Straßburger dermatologischen Gesellschaft gab Jadassohn an, daß die an seiner Klinik mit dem Pallidin angestellten Versuche auch alle ein negatives Resultat ergeben hätten, er glaubt, daß vielleicht der Grund hierfür im Pallidin selber, seinem mehr oder minder großen Reichtum an Spirochäten zu suchen sei. Endlich hat Anotowa (6) unter 16 Fällen von gummöser Syphilis in 6, d. h. 38% und unter 7 Fällen von Lues hereditaria in 4, d. h. in 55% eine positive Reaktion erhalten, also auch ein sehr wenig günstiges Resultat, das die Verfasserin bestimmt, in der Pallidin-Reaktion kein zweckmäßiges diagnostisches Mittel zu erblicken.

Im Hinblick auf die Unsicherheit einer Kutanreaktion überhaupt bei Syphilitikern, wie sie aus den oben angeführten Tatsachen und Beobachtungen hervorgeht, und auf die an der hiesigen Klinik erzielten Resultate kann ich, wenigstens vorläufig, das Pallidin als ein „für tertiäre Lues spezifisches Diagnostikum“ nicht anerkennen.

Literatur.

1. O. Fischer und E. Klausner. Ein Beitrag zur Kutanreaktion der Syphilis. W. kl. W., 1913, Nr. 2. — 2. E. Klausner, Über eine klinisch verwertbare Kutanreaktion auf tertiäre Syphilis. W. kl. W., 1913. Nr. 24. — 3. E. Klausner, Zur Technik der Pallidin-Reaktion. M. m. W., 1914, Nr. 2. — 4. Müller und Stein, Die Hautreaktion bei Lues und ihre Beziehung zur Wassermannschen Reaktion. W. kl. W., 1913, Nr. 11 und Nr. 21. — 5. Referat in: „La cuti-réaction dans la Syphilis“; R. Burnier, Ann. des mal. vénér., 1914, Nr. 1. — 6. Aristowa in Russische Monatsschrift für Dermatologie, 1914, Bd. 3, Nr. 23; referiert in Derm. W., 1914, Nr. 22.

Digitized by Google

Die Behandlung des Ekzems mit heißen Bädern.

Von

Dr. Caesar Philip, Hamburg.

(Mit 4 Abbildungen.)

Der Artikel von Prof. Samberger „Eine neue Behandlungsmethode des akuten Ekzems“ in Nr. 30 dieser Wochenschrift veranlaßt mich, eine ähnliche Methode der Ekzembehandlung, die ich bereits seit längerer Zeit mit sehr gutem Erfolge angewandt habe, vorläufig ganz kurz zu veröffentlichen. Da ich eine große Zahl von beruflichen Handekzemen in Behandlung bekomme, und zwar von Krämern, Färbern und Tabakarbeitern, so habe ich meine Methode hauptsächlich am Ekzema manum erprobt. Die Art der Behandlung ist die folgende: Ich lasse die Patienten, ganz gleich ob es sich um ein akutes oder chronisches, um ein nässendes oder trockenes Ekzem handelt, morgens und abends je eine halbe Stunde lang die Hände in heißem Seifenwasser (ich empfehle irgend eine milde Toilettenseife zu nehmen) baden, und zwar so heiß wie irgend vertragen wird. Nach dem Baden werden die Hände mehrmals kräftig abgetrocknet und dann sofort ein Verband angelegt mit Ungt. Resorcini compos. Unna (Resorcin., Ichthyol āā 5,0, Ac. salicyl. 2.0, Vasel. flav. ad 100,0). Die Salbe wird dünn auf die erkrankten Partien aufgetragen, darüber eine mäßig dicke Schicht Watte gelegt und mit Mullbinden verbunden. Wenn es dem Kranken aus beruflichen Gründen nicht möglich ist, tagsüber einen

Fig. 1.
Photographiert am 29. VI. 1914.

Fig. 2.
Photographiert am 7. VII. 1914.

Digitized by Google

Verband zu tragen, so lasse ich ihn über die dünn aufgetragene Salbe bei Tag baumwollene Handschuhe tragen. Dieses Verfahren wird 4 bis 8 Tage fortgesetzt, bis eine kräftige Abstoßung der ekzemkranken Hautschichten und ein vollkommenes Verschwinden des Juckgefühls eingetreten ist. Dann lasse ich für weitere 8 Tage nur noch abends eine Viertelstunde baden und eine einfache Zinkpaste oder Zinksalbe (ich verordne gewöhnlich das LEISTIKOWsche Rezept, Ol. Rusci 2,0—4,0, Ol. Zinci-Vasel. fl. āā ad 100,0) mit einem Zusatz von Ol. Rusci Tag und Nacht gebrauchen.

Fig. 3.
Photographiert am 8. VII. 1914.

10—14 Tage nach Beginn der Behandlung pflegt eine vollständige Überhäutung und Heilung der abgestoßenen ekzematösen Hautschichten eingetreten zu sein, und nur in seltenen Fällen ist man gezwungen, Rezidive zu behandeln, die dann der gleichen Behandlung weichen. Besondere Vorteile der Methode sind, daß das Jucken sofort aufhört, daß die Heilung überaus schnell eintritt und daß die gesunde Haut durchaus nicht angegriffen wird.

Fig. 4.
Photographiert am 14. VII. 1914.

Die beigefügten Photographien von je einem trockenen, rhagadiformen Ekzem der Hohlhände und einem nässenden, papulösen Ekzem des Handrückens mögen den Erfolg illustrieren.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Mai 1914.

1. Biochemie der Haut, von P. G. Unna. Ein Referat über Unnas Arbeiten über die Oxydations- und Reduktionsorte in der Haut.

2. Beitrag zum Studium der elefantiastiformen Erscheinungen am Ohre, von L. Brocq. Man unterscheidet eine primäre Elefantiasis, die sich ohne vorhergehende Erkrankung findet, und eine sekundäre, oder elefantiastische Zustände, die auf dem Boden einer anderen Affektion auftritt. Neben diesen beiden gibt es aber Krankheitsformen, die für eine gewisse Zeit völlig wie Elefantiasis aussehen, aber später wieder gänzlich verschwinden; diese Formen bezeichnet Brocq als elefantiastiform. Auch hier muß man zwei Gruppen unterscheiden. Zur ersten gehören Individuen, die ohne vorhergehende Hautaffektion plötzlich von einem roten, kongestiven Ödem beider Ohrmuscheln, seltener nur einer, befallen werden; diese ist gerötet und gespannt. Der Zustand hält verschieden lange an, allmählich schwindet die Rötung und Schwellung, und schließlich kehrt alles zur Norm zurück. Doch treten in verschiedenen Intervallen wieder Rezidive auf. Die Affektion zieht völlig wie ein Erysipel auf, doch spricht die Abwesenheit des Fiebers, der gute Allgemeinzustand der Patienten, die scharfe Begrenzung auf die Ohrmuscheln, die Bilateralität und Symmetrie und die lange Dauer dagegen. Man muß diese Zustände den entzündlichen Formen des akuten zirkumskripten Ödems zurechnen.

Zu der zweiten Gruppe gehören Patienten, die seit längerer Zeit an Schüben von psoriasiformen, seborrhoischem Ekzem leiden. Plötzlich wird die Haut des Gehörganges, der Ohrmuschel und der angrenzenden Partien geschwollen und infiltriert. Nach verschieden langer Zeit verändert sich die Oberfläche: es entstehen keine Bläschen mehr, die Haut ist glatt, glänzend, gespannt, nicht mehr nässend; dagegen ist sie noch stark rot, verdickt, infiltriert und sieht direkt elefantiastisch aus. Der Gehörgang ist durch die Schwellung verschlossen. Dieser Schwellungszustand besteht Monate und Jahre und verschwindet schließlich unter geeigneter Behandlung, die hauptsächlich allgemeiner Natur ist (Regelung der Diät, Opotherapie). Vorher können aber noch Remissionen mit Exazerbationen abwechseln. Versagt die Allgemeinbehandlung, kann eventuell ein permanenter Vesikator Besserung bringen.

Die Genese dieser Zustände läßt sich auf verschiedene Weise erklären; der Verfasser neigt der Ansicht zu, daß sich auf dem durch das Ekzem geschaffenen Locus minoris resistentiae ein kongestiver Schub aus innerer Ursache etabliert. Zu beiden Formen bringt der Verfasser Krankengeschichten.

3. Die metaschankröse, präroseolische syphilitische Meningitis, von M. Lavau. Verfasser berichtet über 9 Patienten im primären Stadium der Syphilis, von denen 6 Liquorveränderungen aufwiesen. Es ergibt sich also, daß etwa in $^2/_3$ der Fälle noch vor Ausbruch des ersten Exanthems die Meningen befallen sind. Diese Meningitis kann sich durch leichte Kopfschmerzen äußern, meist aber ist sie völlig latent und kann nur durch die Liquoruntersuchung aufgedeckt werden. Durch eine intravenöse Neosalvarsaninjektion können die meningitischen Erscheinungen gesteigert werden: die Patienten haben dann Erbrechen, Lichtscheu, ev. Kernig. Diese Reaktion ist aber nicht konstant und geht keineswegs mit der Intensität der Liquorveränderungen parallel; sie kann fehlen bei schwerer Liquorerkrankung und kann sehr heftig bei Kranken mit nor-

Digitized by Google

malem Liquor auftreten. Verfasser fragt allerdings mit Recht, ob nicht ein Teil dieser Reaktion auf das Konto der Lumbalpunktion kommt. Nach dieser Steigerung der Symptome wirkt Neosalvarsan aber ausgezeichnet auf die Meningitis; diese ist manchmal sehr resistent gegen die Therapie, kann aber auch spontan abheilen. Bei schweren Liquorveränderungen im Beginne der Sekundärperiode muß man mit der Dosierung sehr vorsichtig sein.

4. Die Irrtümer in der Auslegung der Wassermannschen Reaktion, von Paul Ravaut. Obwohl durch eingehende Untersuchungen die Wassermannsche Reaktion ihrer Spezifität entkleidet worden ist, hat sie in der Klinik immer mehr Bedeutung gewonnen. Vielfach ist sie jedoch dabei überschätzt worden; um nun vor diesem Fehler zu warnen, erörtert Verfasser seine Erfahrungen mit der Reaktion und bringt prägnante Beispiele. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Bei einem sicheren Syphilitiker ist die positive Reaktion ein sicheres Zeichen der Syphilis; doch kann sie auch bei deutlichen Erscheinungen von seiten der Haut oder der Eingeweide negativ sein; eine negative Reaktion spricht also nicht gegen Syphilis. Bei der Bestimmung der Therapie darf man dem Wassermann keine allzu große Rolle zuschieben. Man soll zwar trachten, ihn negativ zu machen und zu halten, doch ist dies bei allen Syphilitikern oft unmöglich. Dagegen spricht die negative Reaktion allein nicht für Heilung.

Bei Syphilisverdächtigen ist die positive Reaktion ein Symptom, das mit anderen Symptomen die Diagnose Syphilis sichern kann. Bei Patienten, die weder anamnestisch noch klinisch Syphilis aufweisen, muß die wiederholt positive Reaktion veranlassen, nach der Syphilis zu suchen. Die Reaktion kann auch bei anderen Krankheiten positiv sein und darf daher bei positivem Ausfall nicht allein die Diagnose Syphilis veranlassen.

5. Konjugale Zona, von Ch. Audry. Am 26. Dezember 1913 sah Verfasser eine Patientin mit Herpes zoster der rechten Schulterblattgegend, der Brust und des Armes. Heilung in einem Monate, doch blieben Neuralgien bestehen. Am 2. Februar 1914 kam der Mann der Patientin mit einem beginnenden Zoster des rechten Halses, der Deltoideusgegend und des Stammes. Es liegt offenbar eine Ansteckung vor.

Juni 1914.

1. Beitrag zum klinischen und histopathologischen Studium der Dystrophia papillaris et pigmentosa (Akanthosis nigricans) bei einem Lungenkrebs, von Petrini de Galatz. Der 47jährige Kranke litt vor einem Jahre zuerst an Schmerzen in der linken Thoraxhälfte, die gegen die Achsel und das Schulterblatt ausstrahlten; damals wurde er auf eine schwarze Verfärbung einiger Hautstellen aufmerksam gemacht. In der Folgezeit magerte er ab, die linke Thoraxhälfte wurde aufgetrieben, es stellte sich sanguinolentes Sputum ein, die Hautverfärbung nahm allmählich zu. Bei der Aufnahme fand sich fast auf dem ganzen Körper die Haut tiefdunkel verfärbt; die Furchen, Linien und Falten waren viel stärker ausgeprägt, so daß sich stellenweise ein warziger Anblick darbot. An anderen Stellen bildeten die pigmentierten Hautfelder ein förmliches Mosaik. Verfasser diagnostizierte Akanthosis nigricans; daher schloß er auch aus der Vorwölbung der linken Thoraxhälfte und aus der Dämpfung auf ein Karzinom der Lunge. Der Kranke starb bald. Bei der Sektion fand sich ein ausgedehntes Lungenkarzinom, das in der Bauchhöhle keine Metastasen gesetzt hatte. Im histologischen Bilde war auffallend, daß sehr viele der Geschwulstzellen mehrere Kerne hatten, daß sie viel Pigment enthielten und sehr viele Mitosen vorhanden waren. Die histologische Untersuchung der Haut ergab folgendes: die Hornschicht stark verdickt, die Stachelschicht wenig entwickelt, das Stratum lucidum fehlend. Die Papillen sind stark proliferiert, verlängert, stellenweise verzweigt; in der Kutis zahlreiche Chromatophoren. Die Basalzellen stark mit Pigment erfüllt.

Digitized by Google

Verfasser bespricht das Krankheitsbild der Akanthosis nigricans. Zunächst weist er darauf hin, daß dieser Name nicht richtig sei, da die Stachelschicht nicht proliferiert sei; der von DARIER gewählte Name: Dystrophia papillaris et pigmentosa sei entsprechender. PETRINI hebt auch die fast konstante Koinzidenz dieses Hautleidens mit malignen Tumoren hervor, die aber, wie sein Fall lehrt, nicht immer in der Bauchhöhle sitzen müssen. Bei den Fällen, die das Hautleiden ohne Neoplasma gehabt hatten, hält es Verfasser nicht für ausgeschlossen, daß sich später doch noch ein maligner Tumor entwickle. Deshalb soll man in jedem Falle sorgfältigst nach einem solchen suchen. PETRINI hat ja in seinem Falle lediglich auf Grund der Dermatose den Lungentumor als Karzinom angesprochen.

Die Ätiologie der Erkrankung ist unklar; am verbreitetsten ist die Annahme, daß der Tumor im Bauche oder erkrankte Drüsen den Bauchsympathikus, speziell den Plexus solaris, komprimiert und so die Pigmentierung hervorruft. Im vorliegenden Falle hat aber weder ein primärer noch ein sekundärer Tumor der Bauchhöhle vorgelegen; außerdem hat die minutiöseste histologische Untersuchung der Nebennieren und der Ganglien des Plexus solaris keinerlei pathologische Veränderungen gezeigt. PETRINI lehnt daher die genannte Hypothese ab; er weist darauf hin, daß die Akanthosis nigricans im Verhältnisse zu malignen Tumoren der Bauchhöhle sehr selten sei. Vielleicht ist der Krebs, der sich mit der Dermatose kombiniert, different von den übrigen; vielleicht spricht dafür die oben erwähnte Eigentümlichkeit der Geschwulstzellen, die große Menge der Mitosen und der rasch letale Verlauf.

2. Sarkoide und Syphilis. Notwendigkeit einer Revision der Sarkoidgruppe, von L. M. PAUTRIER. Nachdem sich die Ansicht vom Zusammenhange der Tuberkulide mit der Tuberkulose allmählich Bahn gebrochen hatte, wurde von verschiedenen Seiten die Notwendigkeit einer Revision der ganzen Frage betont. Es waren nämlich wiederholt, namentlich von RAVAUT, Fälle beobachtet worden, die klinisch als typische Tuberkulide erschienen, aber positiven WASSERMANN hatten und durch Salvarsan geheilt wurden. Diese Fälle konnten nicht alle durch eine Fehldiagnose oder durch eine Mischinfektion erklärt werden; es liegt auch die Möglichkeit vor, daß den sogenannten Tuberkuliden ein eigener, bisher unbekannter Erreger zugrunde liegt, der durch Arsen abgetötet wird.

PAUTRIER ist einer anderen Ansicht, die er im folgenden in bezug auf die Sarkoide erläutert. Er erwähnt zuerst die im Februarheft des „Bull. soc. franç." beschriebene Kranke, die am Nasenrücken Läsionen hatte, die klinisch und histologisch als kutanes Sarkoid (BOECK) diagnostiziert wurden. Außerdem hatte sie serpiginöse Syphilide; durch Neosalvarsanbehandlung wurden aber nicht nur diese, sondern auch die Sarkoide zur Abheilung gebracht. Verfasser bringt nun die Krankengeschichte eines zweiten Falles. Ein 35jähriger Mann bemerkte seit $^1/_2$ Jahre am linken Oberarm das Auftreten zweier indolenter Knoten, die allmählich wuchsen. Bei der Aufnahme fand sich ein 10 : 5 cm großer, derber indolenter subkutaner Tumor, der mit der Muskulatur verschieblich war; an einigen Stellen war er mit der Haut verwachsen, die dort rötlich bis bläulichrot, leicht schuppend war und punktförmige Depressionen zeigte. Etwas weiter unten fand sich ein taubeneigroßer ähnlicher Knoten. Über dem Schulterblatte eine Ulzeration von skrofulo-tuberkulösem Aussehen.

Histologisch fanden sich Läsionen in der mittleren Kutis, stärker in der tieferen und bis in die Subkutis; die letztere war stellenweise resorbiert und durch Bindegewebe ersetzt. Die Veränderungen bestehen in Infiltrationsherden verschiedener Größe, bald rund, bald streifenförmig voneinander durch normales oder nur wenig infiltriertes Bindegewebe getrennt. Die Infiltrationsherde bestehen entweder nur aus Epithelioidzellen, oder aus solchen und Riesenzellen, oder aus diesen beiden Zellarten und Lymphozyten.

Digitized by Google

Außerdem an zahlreichen Stellen im Fettgewebe Zeichen der Wucheratrophie. Das klinische Bild, der histologische Befund und der Umstand, daß der Kranke eine Spitzenaffektion hatte, veranlaßten Pautrier zu der Diagnose „subkutane Sarkoide" (Darier-Roussy). Diese Diagnose wurde auch von Brocq, Darier und Thibierge gestellt.

Es wurde bloß die Ulzeration am Rücken behandelt, und der Patient kam Verfasser durch 2 Jahre nicht mehr zu Gesicht. Als er sich wieder vorstellte, hatte der obere Knoten sein Aussehen nicht geändert. Dagegen hatte sich an Stelle des unteren eine große derbe Masse gebildet, die die äußere, hintere und innere Fläche der unteren Oberarmhälfte einnahm. Sie betraf die Haut, das subkutane Gewebe und die Muskeln. Die Haut war dunkel gerötet, an einigen Stellen noch dunkler; dort war auch Fluktuation vorhanden. Drei Stellen waren bereits ulzeriert und entleerten eine gelbe, dicke, fadenziehende Flüssigkeit. Die Diagnose war schwer. Die Durchleuchtung zeigte die Integrität des Knochens; der negative Ausfall der angelegten Kulturen ließ eine Mykose ausschließen; dagegen war die Wassermannsche Reaktion positiv. Verfasser behandelte daher mit Injektionen von Quecksilberbenzoat; nach 15 Spritzen war das obere Sarkoid verschwunden, nach weiteren 15 war die derbe ulzerierte Masse rückgebildet.

Pautrier bespricht nun diesen Fall des näheren; zunächst weist er darauf hin, daß man bisher annahm, die subkutanen Sarkoide ulzerieren nicht. Nach dem vorliegenden Falle muß man aber diese Möglichkeit zugeben.

Die merkwürdigen Befunde von positivem Wassermann und Heilbarkeit durch Salvarsan bei Sarkoiden lassen sich auf verschiedene Weise erklären: Entweder es handelt sich um eine Mischform von Tuberkulose und Syphilis; dann könnte aber nur die syphilitische, nicht die tuberkulöse Komponente der Affektion auf Salvarsan zurückgehen, während doch stets völlige Heilung eintrat. Oder die Sarkoide haben einen unbekannten Erreger, der durch Salvarsan beeinflußt wird. Um diese Möglichkeit auszuschließen, hat Verfasser Quecksilberbenzoat angewendet, das beide Knoten völlig beseitigte. Wenn aber eine Affektion auf Quecksilberbenzoat verschwindet und wenn außerdem positiver Wassermann besteht, so kann man wohl Syphilis annehmen.

Damit ist aber nicht gesagt, daß alle Sarkoide syphilitischer Natur sind; es wurden welche beobachtet, die durch Salvarsan nicht beeinflußt wurden. Verfasser ist aber der Ansicht, daß die Sarkoide nur einen Symptomenkomplex darstellen, der erhalten werden muß, da er einen wohlcharakterisierten klinischen Typus darstellt. Dieser Symptomenkomplex ist aber in einem Falle durch Tuberkulose, in einem anderen durch Syphilis (im vorliegenden vielleicht Erbsyphilis), in anderen durch andere Infektionen bedingt. Keinesfalls darf die Gruppe stets ohne weiteres den Tuberkuliden zugerechnet werden. Der Fall ist aber auch ein weiterer Beweis dafür, daß die tuberkuloide Struktur einer Affektion nicht ohne weiteres für deren tuberkulöse Genese spricht.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 20. April 1914.

1. Syphilitischer Schanker am Unterschenkel eines 9jähr. Knaben, von Balzer und R. Barthélemy. Ein 9jähr. Knabe kam zur Behandlung wegen eines ausgedehnten makulopapulösen Syphilids; dabei bestanden Papeln an der Oberlippe, den Tonsillen und am Anus. Starke Drüsenschwellung in der linken Leiste. Auf der Außenfläche des Unterschenkels ein ovales, dunkelrotes, granulierendes Geschwür mit etwas indurierter Basis und leicht erhabenen Rändern. Das Geschwür wurde als Primäraffekt erkannt; der Infektionsmodus war nicht zu eruieren.

Digitized by Google

2. Biskrabeule, durch Kauterisation mit heißer Luft geheilt, von MARCEL VIGNAT. Bei dem von GAUCHER in der Januarsitzung vorgestellten Patienten mit Biskrabeule unterhalb des Knies war jede Therapie vergeblich geblieben; auch eine Quecksilberkur, der er wegen positiven WASSERMANNS unterzogen wurde. Verf. nahm nun in Lokalanästhesie eine Kauterisation mit heißer Luft (750°) vor. Nach einem Monate war das Geschwür verheilt, und es hatte sich eine glatte, weiche Narbe gebildet.

3. Hautleishmaniose und Wassermannsche Reaktion, von E. JEANSELME. Verf. verweist zuerst auf den von ihm in der Januarsitzung besprochenen Fall von Hautleishmaniose bei einem Militärarzt, der negative WASSERMANNsche Reaktion zeigte. Verf. sah noch einen Fall von amerikanischer Leishmaniose (Pian-Bois); es fanden sich typische Leishmaniakörperchen, doch war auch in diesem Falle der WASSERMANN negativ. Diese Befunde stimmen damit überein, daß Salvarsan und Neosalvarsan bei Leishmaniose nicht wie bei Syphilis oder Trypanosomiasis Fieber nach der ersten Injektion hervorruft; auch die Heilwirkung ist viel geringer. Die Leishmaniose scheint also nicht zu der Gruppe der Tropenkrankheiten zu gehören, wie Lepra, Schlafkrankheit usw., die positiven WASSERMANN haben können.

Bezüglich des Falles von GAUCHER bemerkt Verf., daß er einen ungewöhnlichen Verlauf genommen habe, da er nach 12 Jahren ein Rezidiv in situ erlitt; auch pflege die Orientbeule nicht 5—6 Jahre ulzeriert zu bleiben. Die positive WASSERMANNsche Reaktion kann der Ausdruck einer latenten Syphilis sein. Das Tropengeschwür, das in 80% positiven WASSERMANN hat, ist nicht identisch mit Orientbeule, sondern ist durch die PLAUT-VINCENTsche Bazillen-Spirillenassoziation bedingt.

4. Gründung zweier Ambulanzen für antisyphilitische Prophylaxe im Hospital Broca, von E. JEANSELME. Verf. und HUDELO haben die Hospitalisierung der Syphilitischen möglichst eingeschränkt und nehmen die Behandlung hauptsächlich ambulant vor. Nur die erste Neosalvarsaninjektion erfolgt klinisch; wenn am Ende der ersten Woche kein offenes Syphilissymptom vorhanden ist, wird der Kranke entlassen und bekommt dann wöchentlich ambulant eine Injektion. Einen Monat nach der letzten wird der WASSERMANN gemacht, eventuell Lumbalpunktion und danach die weitere Therapie bestimmt. Zu diesem Zwecke sind zwei spezielle Ambulanzen eingerichtet.

5. Hat die positive Wassermannsche Reaktion absoluten Wert? von J. NICOLAS und J. GATÉ. Die Verfasser tragen ihre bekannten Anschauungen vor, daß auch nichtsyphilitische oder gar gesunde Patienten in relativ hoher Anzahl positiven WASSERMANN haben können. Dazu gehören aber nicht nur die selteneren oder leicht zu eruierenden Krankheiten, wie Lepra, Scharlach usw., bei denen bekanntlich positive Reaktion vorkommt.

6. Häufigkeit des Schankers am Schamberg und an der Peniswurzel bei den Muselmännern in Algier, von J. BRAULT. Verf. weist darauf hin, daß die Schanker an den genannten Stellen außerordentlich häufig sind. Die Ursache liegt in der Sitte, die Schamhaare zu rasieren. Einesteils werden dadurch Verletzungen gesetzt, die die Eintrittspforte für das Virus bilden, andrerseits erfolgt die Infektion durch das Rasiermesser selbst.

7. Phthiriasis des behaarten Kopfes beim Erwachsenen, von J. BRAULT und J. MONTPELLIER. Ein marokkanischer Neger kam wegen heftigen Juckens zur Behandlung. Es fand sich eine ungeheure Zahl von Filzläusen an den Prädilektionsstellen sowie im Schnurrbarte, im Barte, an den Wimpern, Augenbrauen und im Kopfhaar. Dort sind sie auf die Schläfen- und Hinterhauptsregion beschränkt; sie reichen bis 5 cm von der Haargrenze einwärts. Blaue Flecke waren natürlich nicht zu sehen; die Schleimhäute zeigten physiologische Pigmentierungen.

Digitized by Google

8. Kerion durch Trichophyton granulosum in Algier, von J. Brault und A. Vignier. Ein 11 jähr. Mädchen hatte am Hinterhaupte links einen 4—5 cm hohen Knoten von roter Farbe, der von zahlreichen Löchern durchbohrt war und auf Druck Eiter entleerte. In der Umgebung zahlreiche Krusten. Die Affektion, die sich als typisches Kerion darstellte, wurde rasch geheilt. Die Untersuchung der Haare ergab feine Sporen um dieselben und unregelmäßig septierte Fäden in ihrem Inneren. Auf dem Sabouraudschen Nährboden wuchsen nach 3 Tagen gelblichweiße, leicht granulierte Scheiben; im Zentrum war ein radiärer Nebel, die Peripherie leicht gefranst. Mit der Kultur wurde ein Meerschweinchen geimpft. Am 10. Tage leichte Rötung und deutliche Induration der Impfstelle; in dem Haarbulbus fanden sich bereits Myzelien. Am 13. Tage eine schmutzig gelbe Kruste, durch die die Haare pinselförmig zusammengebacken werden; diese zeigten zahlreiche Fäden und Sporen und fielen allmählich aus. Die Retrokultur gelang vollständig. Der Pilz wurde als Trichophyton granulosum erkannt.

9. Injektion von Zuckerlösung bei Ekzem mit Ödem, von Ch. Laurent. Ein Patient mit einem stark nässenden Ekzem und mit Ödem der Beine war vergeblich mit den verschiedensten Mitteln behandelt worden. Da er eine schlechte Diurese hatte, gab ihm Verf. zwei intravenöse Injektionen einer Zuckerlösung. Darauf verschwanden die Ödeme rapid, und das Ekzem besserte sich derart, daß der Kranke nach 2 Wochen fast geheilt das Spital verlassen konnte.

10. Maligne Syphilis. Arosion der Karotis durch ein phagedänisches Gumma, von Ch. Laurent. Eine 33 jähr. Patientin erhielt wegen Primäraffekt, Roseola und Papeln 3 Neosalvarsaninjektionen, worauf die Erscheinungen abheilten. Nach 3 Monaten zahlreiche Mundpapeln, die auf der rechten Tonsille ulzeriert waren und Stomatitis mercurialis. Die Patientin wurde nunmehr mit verschiedenen Mitteln behandelt: Jodkalium, Neosalvarsan, Gallyl, Quecksilber, das wiederholt wegen Stomatitis oder Albuminurie ausgesetzt werden mußte. Alles ohne Erfolg; die Mundpapeln schwanden nicht, und an der rechten Tonsille etablierte sich ein tief ulzeriertes Gumma, das auf den Gaumen übergriff. Ein halbes Jahr nachdem Verf. die Patientin zum ersten Male gesehen hatte, erfolgte eine profuse Blutung aus dem Munde und der Tod.

11. Erbsyphilitische Arthritis des Ellenbogengelenkes, von Balzer, de Champtassin und Galliot. Das 14 jähr. Mädchen, das als Zeichen der ererbten Syphilis bilaterale Taubheit und Deformität der Tibia aufweist, hatte im achten Lebensjahre syphilitische Erscheinungen in Form von Ptosis und Osteoperiostitis aufgewiesen. Voriges Jahr wurde die Beweglichkeit des rechten Ellenbogengelenkes allmählich eingeschränkt; es bestand keine Schmerzhaftigkeit, der Ellenbogen und der Unterarm schwollen an. Die Schwellung ging zurück, aber die Beweglichkeit wurde immer geringer, so daß schließlich eine Fixierung im spitzen Winkel bestand. Das Kind wurde einer spezifischen Kur und mechano-therapeutischen Prozeduren unterzogen, wodurch fast völlige Heilung eintrat.

12. Ein Fall von medianer depapillierender Glossitis, von Balzer und Galliot. Die Verf. beobachteten bei einem Patienten eine Zungenaffektion, die dieser selbst zufällig bemerkt hatte. Es fand sich längs der Zungenmitte ein X-förmiger Herd von glatter roter Oberfläche; er ist papillenlos und sieht wie lackiert aus. Der Rand ist im allgemeinen scharf. Die Verf. meinen, daß der Fall der von Brocq und Pautrier beschriebenen rhombischen, medianen Glossitis ähnlich ist. Sie halten die bestehende Dyspepsie für einen ätiologischen Faktor.

13. Anatomie des oberflächlichen Lymphgefäßnetzes und seine Beziehungen zur Reaktion der Haut und Schleimhaut, von J. Audrain-Caen. Verf. hat bereits

Digitized by Google

wiederholt auf Grund klinischer Tatsachen darauf hingewiesen, daß das oberflächliche Lymphgefäßnetz bei den Dermatosen eine große Rolle spielt. Nunmehr hat er Injektionen an einem frisch amputierten Beine vorgenommen; es gelang ihm, das oberflächliche Lymphgefäßnetz überall aufs deutlichste darzustellen; es kommuniziert mit der Umgebung, mit den Sammelkanälen und mit einem tieferen Netze. Die Darstellung ist je nach der Lokalität (Beuge- oder Streckfläche) verschieden schwer. Verf. fand auch, daß sich das oberflächliche Netz, das der Kutis zugerechnet werden muß, sich unter dem Einflusse des Operationstraumas abgeschlossen hatte. Dieser Abschluß und reaktive stärkere Lymphsekretion auf irgend welche Reize spielen eine wichtige Rolle bei Entstehung von Hautefflorescenzen. Ähnlich verhält es sich mit den Schleimhäuten.

14. Über die Natur der Adipositas dolorosa, von A. Dobrovici. Der 37jähr. Patient bemerkte seit 7 Jahren das Auftreten von Knoten, denen durch 2—4 Wochen ein Gefühl des Brennens und Juckens in loco voraufgeht. Dann sind sie indolent; nur wenn sie sich unter den verschiedensten Einwirkungen schubweise vergrößern, verursachen sie neuralgische Schmerzen. Die Knoten sind teils hart, teils weich, symmetrisch oder asymmetrisch, druckschmerzhaft oder indolent. Durch Massage und Aspirin wurden die Knoten zum Rückgang, teils sogar zum Verschwinden gebracht. Die histologische Untersuchung einiger Knoten zeigte eine Hyperplasie des Bindegewebes; in einem fand sich ein Nerv, der in Degeneration begriffen war. Verf. ist der Ansicht, daß die Dercumsche Krankheit keine eigene Krankheit sei, sondern eine Form der chronischen, subkutanen Fibrose bilde, die durch diverse Momente veranlaßt wird. Die Affektion der Nerven ist sekundärer Natur, bedingt durch die Kompression durch das hypertrophische Bindegewebe; sie veranlaßt die Schmerzhaftigkeit der Knoten.

Sitzung vom 7. Mai 1914.

1. Die spezifische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, von Lereddе. Verfasser protestiert gegen die in der letzten Sitzung vorgetragenen Schlußsätze von Nicolas und Geté; die auffallend vielen positiven Resultate bei Nichtsyphilitikern können nur durch technische Fehler bedingt sein.

Verschiedene Herren schließen sich den Ausführungen Lereddes an.

2. Ein Fall von Lichen planus corneus des Gaumendachs, von F. Balzer und R. Barthélemy. Der Patient bemerkte zufällig auf seinen Gaumen einen weißlichen Herd, der sich allmählich in unregelmäßigen Zügen vergrößerte. Später traten weiter hinten zwei kleinere, polyzyklische, rötliche Herde auf. Bei der Konsultation fand sich ein unregelmäßiger mattweißer Herd, mit gezähntem Rande und unebener reibeisenartiger Oberfläche. Verfasser diagnostizierten Lichen planus. Da der Kranke aber tuberkulös ist und die hinteren Partien des Herdes mehr rötlich aussehen, muß man auch an Lupus erythematosus denken.

3. Ein Fall von Lichen corneus buccalis, von Nicolas und Jourdanet. Ein Mann bemerkte seit langen Jahren weiße Streifen auf dem Gaumendache, die ihn sehr beunruhigten, da er sich syphilitisch glaubte. Die Diagnose war zuerst schwankend; schließlich wurde am Knie ein Herd gefunden, der durch Konfluenz mehrerer horniger Papeln entstanden war. Nun wurde die Mundaffektion als Lichen corneus diagnostiziert; die histologische Untersuchung bestätigte diese Diagnose. Es fand sich keine Papillomatose, die Grenze zwischen Epidermis und Kutis verlief fast gerade. Es bestand Akanthose und starke Hyperkeratose ohne Parakeratose. Die Malpighische Schichte zeigte interzelluläres Ödem, die Kutis Lymphozyteninfiltration. Verfasser weisen auf die Wichtigkeit der Biopsie und auf die Notwendigkeit der vollständigen Untersuchung der entkleideten Patienten hin.

Digitized by Google

4. Syphilitischer Schanker, Sterilisation durch Galyl, Reinfektion, von F. Balzer, Ch. Fouquet und R. Barthélemy. Ein Patient stellte sich mit zwei Ulzerationen vor, von denen die eine als syphilitischer, die andere als gemischter Schanker angesehen wurde. Der Mann war sieben Monate vorher wegen eines Primäraffektes in Behandlung gewesen und hatte $2 \times 0{,}4$ Galyl intravenös erhalten. Verfasser meinen, daß hier eine Reinfektion vorliegt. Wassermann war negativ; vier Wochen nach der ersten Konsultation trat eine Roseola auf. (War sie orbikulär? D. Ref.)

5. Ein Fall von Rhinosklerom, von F. Balzer und R. Barthélemy. Der Patient, ein Jude aus Kiew, begann vor 13 Jahren an Trockenheit im Halse zu leiden, woran sich ein Katarrh mit Ausstoßung krustöser Massen schloß. Seit fünf Jahren Anschwellung der Nasenwurzel. Patient war verschiedentlich, teilweise antisyphilitisch, behandelt worden. Bei der Aufnahme fand sich die Nase rigide, die Nasenflügel, Nasolabialfalten, Nasenlöcher und Septum mobile normal. Aber die Nasenwurzel war geschwollen, livide verfärbt, leicht druckschmerzhaft. Zu beiden Seiten unterhalb des Augenwinkels ein kleiner, roter, fluktuierender Tumor; der rechte brach später durch und entleerte eine klare viskose Flüssigkeit. Die Nasenatmung war fast unmöglich, da die Nasenhöhle durch derbe, rote, vaskularisierte, mit saniösen Krusten bedeckte Schleimhautmassen verstopft war, die vom Septum und der äußeren Nasenwand ausgingen. Der Kranke wurde antisyphilitisch behandelt und wurde auch etwas gebessert. Später wurde aber die Diagnose auf Rhinosklerom gestellt, obwohl keine Bazillen gefunden worden waren.

6. Atrophie der Lidhaut mit ödematösen Schüben und Lichen, von Gaucher und Gougerot. Bei dem 24jährigen Patienten ist die Haut des linken Oberlides atrophisch; sie ist dünn, weich, livid, läßt die subkutanen Venen durchscheinen. Bei geöffnetem Auge wird sie vorgestülpt. Von Zeit zu Zeit tritt unter Allgemeinerscheinungen, Mattigkeit usw., ein wenig schmerzhaftes Ödem auf, das sehr bald verschwindet. Über die Entstehung der Atrophie, die allmählich zugenommen hat, kann der Kranke keine Angaben machen. Außerdem hat er Lichen planus auf den Vorderarmen.

7. Pseudoxanthoma elasticum, von Milian. Die Patientin hat am Halse, in den Achseln, Leisten, Kniekehlen und am Abdomen Hautveränderungen verschiedener Natur. Stellenweise ist die Haut gelb, weich, kautschukartig, mammeloniert, beim Betasten rauh, mit erweiterten Follikeln. Daneben befinden sich Herde, wo die Haut livid, atrophisch ist. Schließlich finden sich noch erythematöse, teils purpuraartige Flecke und weiße unregelmäßige Narben, an deren Peripherie linsengroße, braunrote, derbe Knötchen stehen. Diese letztgenannten Erscheinungen sind syphilitischer Natur (die Patientin hat noch andere Syphilissymptome); die anderen gehören dem Pseudoxanthoma elasticum an.

8. Subkutanes Sarkoid (Typus Darier) mit positivem Wassermann durch Quecksilberbenzoat geheilt, von L. M. Pautrier. (Siehe diese Nr. S. 1042.)

9. Experimentelle Hautreaktionen bei einem Patienten mit Dermatitis bullosa, von G. Thibierge und P. Gastinel. Verfasser haben bei einem Kranken mit Duhringscher Dermatose intradermale Injektionen von Blaseninhalt, physiologischer Kochsalzlösung, Diphtherie- und Tetanusserum und mit Tuberkulin vorgenommen. Dabei zeigte sich die eigentümliche Erscheinung, daß in der Umgebung der spontanen Eruptionen, stets, ohne Unterschied der injizierten Flüssigkeit, eine Reaktion hervorgerufen werden konnte; 24 Stunden nach der Injektion entstand eine kleine, von einem roten Hofe umgebene Blase, die in einem Tage ihre volle Entwicklung erreichte. An Körperteilen, die von der Krankheit frei waren, z. B. an den Unterextremitäten, konnte aber auf keine Weise eine Blase experimentell erzeugt werden.

Digitized by Google

10. Lichen planus annularis, von QUEYRAT und MARCEL PINARD. Der 25jähr. Patient hat eine Hautaffektion, die verschiedene Formen darbietet. Runde und polygonale, teils dichtgedrängte, glänzende Knötchen. Ferner Pigmentflecke, in deren Peripherie Knötchen stehen. Schließlich Kreise, die aus abgeplatteten, dichtgestellten, glänzenden Knötchen bestehen; das Zentrum ist deprimiert, etwas atrophisch. Durch Konfluenz dieser Kreise haben sich landkartenförmige Figuren gebildet. Der Fall ist durch die große Zahl der annulären Effloreszenzen bemerkenswert.

11. Kreuzförmiger Lichen planus, von QUEYRAT und MARCEL PINARD. Der Kranke hat längs der Wirbelsäule, vom Nacken bis zum Kreuzbein, einen 10 cm breiten Streifen, auf dem sich Flecke und Knötchen befinden; diese letzteren sind isoliert oder agglomeriert, abgeplattet, glänzend. Um den Bauch zieht sich nach rechts und links vom Nabel ein 3 cm breiter Streifen mit denselben Effloreszenzen, der sich mit dem am Rücken trifft, so daß ein Kreuz gebildet wird. An anderen Stellen noch mehrere Lichenefflorescenzen. Besserung durch Salvarsan.

12. Lichen planus atrophicus pigmentosus, von GOUGEROT und BLUM. Der 32jährige Patient, Syphilitiker, hat auf der Vorderseite des Stammes blaßrosa oder bläuliche, mit Pigmentflecken versehene Narben. Diese sind weich und fein. Der Rand ist derb und besteht aus einem Kranze polygonaler, konfluierender, glänzender Lichen planus-Knötchen. Verfasser glauben nicht, daß hier Narben nach Syphiliden vorliegen, sondern, daß sie nach den Lichenefflorescenzen zurückgeblieben sind.

13. Fazialislähmung nach Salvarsanbehandlung. Heilung durch Salvarsan, von DEMANCHE. Eine 28jährige Patientin erhielt wegen sekundärer Syphilis Salvarsan; 2 Monate nach der letzten Injektion trat plötzlich unter Ohrensausen und Schwindel eine linksseitige periphere Fazialislähmung auf. Im Liquor starke Lymphozytose und positiver WASSERMANN. Patientin erhielt deshalb nochmals 0,5 Salvarsan; nach 6 Tagen waren Schwindel und Lähmung verschwunden; im Liquor war die Lymphozytose herabgesetzt, der WASSERMANN negativ.

14. Sterilisation der Syphilis, von LEREDDE. Verfasser bespricht neuerdings seine Erfahrungen über die Sterilisation der Syphilis sowie die zu diesem Zwecke notwendigen Maßnahmen. Seine Regeln lauten: Frühzeitige Behandlung, energische Behandlung, konsequente Behandlung und Kontrolle der Behandlung durch Seroreaktion, Lumbalpunktion und Reaktivierung.

15. Generalisierte ödematöse Sklerodermie durch Schilddrüsenbehandlung geheilt, von L. M. BONNET. Eine bis dahin gesunde Frau wurde von einer Verdickung und Verhärtung der Haut befallen; nach einer vorübergehenden Infektionskrankheit machte die Affektion rapide Fortschritte. Es handelte sich um eine diffuse Sklerodermie mit Hypertrophie und Induration; die verdickte Haut war mit der Unterlage verwachsen. Durch Behandlung mit Thyreoidintabletten wurde die Affektion zum Verschwinden gebracht, so daß es nicht zum atrophischen Stadium kam. Die Heilung hat bisher 3 Jahre angehalten. Verfasser weist besonders auf die Möglichkeit einer thyreogenen Ätiologie der Sklerodermie hin; bei seiner Patientin war auch eine Andeutung von BASEDOW vorhanden.

16. Unzuverlässigkeit der Injektionen von Chaulmoograöl bei Lepra, von L. M. PAUTRIER, DESAUX und RABREAU. Ein 16jähriger Knabe mit Lepra maculoanaesthetica und tuberosa erhielt 24 Injektionen à 5 ccm einer Mischung von Chaulmoogra-, Eukalyptus- und Mandelöl. Als eine Injektion von Eukalyptusöl gemacht werden sollte und aspiriert wurde, um die Eröffnung einer Vene auszuschließen, füllte sich die Spritze mit einer trüben öligen Flüssigkeit. Die Aspirationen wurden wiederholt, und

Digitized by Google

es wurden so 50 ccm Öl (von 60 injizierten) entleert. Die Flüssigkeit roch deutlich nach Chaulmoogra- und Eukalyptusöl und war keimfrei. Es hatte sich also das Öl enzystiert, und die Behandlung war daher gleich Null. Deshalb ist es notwendig, nicht zuviel Öl hintereinander zu injizieren, seine Resorption durch Massage usw. zu fördern und bei der geringsten Spannung in den Nates die Therapie zu unterbrechen.

17. Die filiforme Dusche in der dermatologischen Therapie, von L. M. Pautrier, Veyrières und Desaux. Die filiforme Dusche wirkt hervorragend antipruriginös, elektiv zerstörend, ändert die Zirkulation, zerstört Gefäßerweiterungen, verursacht Kongestionen mit nachfolgender Resorption. (Siehe auch diese Zeitschrift, Bd. 59, S. 862.)

Richard Frühwald-Leipzig.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 5, Nr. 5. 15. Mai 1914.

1. Ein Fall von Pneumaturie, von M. Cealic und V. Ceocaltev. Der 32jähr. Patient, tuberkulös infiziert, litt seit drei Monaten an ausstrahlenden Schmerzen im tuberkulös erkrankt gewesenen Nebenhoden, zu denen sich Vermehrung und Erschwerung der Miktion gesellte. Nach anfänglicher Besserung nahmen letztere Beschwerden wieder zu und gleichzeitig bemerkte Patient am Ende der Miktion Luftaustritt aus der Blase. In der Tat entleerte sich unter gurgelndem Geräusche Luft. Zystoskopisch fand sich nur Injektion der Blasenschleimhaut. Es wurde nun aus dem Urin ein Bazillus kultiviert, der seinen kulturellen und morphologischen Eigenschaften nach als Bact. coli erkannt wurde. Er hatte aber auch die Eigenschaft Gas zu bilden. Da derselbe Mikroorganismus auch aus den Fäzes gezüchtet wurde, ist ersichtlich, daß er von Darme aus in die Blase eingewandert sein muß. Heilungen durch Blasenspülungen.

2. Spätresultate der zirkulären Urethrorraphie mit Urinderivation bei Urethralruptur und traumatischer Urethralverengerung, von G. Marion. Verf. hat vor vier Jahren eine Methode zur Behandlung der Harnröhrenrupturen und -Strikturen angegeben, welche die Dauersonde beseitigen sollte. Sie besteht in folgenden Einzelheiten: Kleine suprapubische Zystostomie, welche nicht genäht werden soll. Verf. hat die perineale Urethrostomie verlassen, da die Zystostomie leichter ist, ohne Fistel heilt und eventuell den retrograden Katheterismus gestattet. Dann werden die beiden Harnröhrenlumina gesucht und aufgefrischt; es darf jedoch nicht viel abgeschnitten werden. Hierauf erfolgt zirkuläre Naht, am besten über einer möglichst dichten Sonde, um gute Adaption zu erzielen. Es ist dabei notwendig, die beiden Harnröhrenenden zu nähern, damit kein Zug an der Naht ausgeübt wird. Bei der Nachbehandlung ist es wichtig, den Heilungsverlauf der Urethralwunde durch keine instrumentellen Eingriffe zu stören.

Verf. hat nun die zehn Fälle, deren Operation $^1/_2$—3 Jahre zurückliegt, einer Revision unterzogen. Die Dauerresultate sind glänzend, nirgends ist eine Striktur eingetreten. Nur in zwei Fällen eine Dislokation; diese bedingt, daß kein Instrument ohne Leitsonde in die Urethra eingeführt werden kann. Diese Methode gibt also weit bessere Resultate als die früheren. Nur bei ausgedehnten Rupturen und bei Rupturen der membranösen Harnröhre soll die alte Methode der Dauersonde beibehalten werden.

3. Die Behandlung der akuten Blennorrhagie mit atoxischer Vakzine, von Jungano-Neapel. An der Hand eigener und in der Literatur niedergelegter Erfahrungen kommt der Verf. zu dem Schlusse, daß die Nicolle'sche Vakzine weder den Ausfluß bei akutem Tripper, nach dessen weiteren Verlauf bei Kombination mit lokaler Behandlung beeinflußt. Ebensowenig kann sie Komplikationen verhindern. Die Vakzine ist

Digitized by Google

auch nicht ganz atoxisch, da sie manchmal Fieber oder Unwohlsein, Schwäche usw. hervorruft. Verf. warnt im allgemeinen vor allzugroßem Enthusiasmus in der Vakzinetherapie des Trippers.

4. Regionäre und lokale Anästhesie in der Urologie, von G. LEMOINE-Brüssel. Verf. bespricht die Technik der verschiedenen in der Urologie in Betracht kommenden Anästhesierungsmethoden. Zur Anästhesierung der Sakral- und Lumbalnerven injiziert er die Novokainlösung dort, wo der Nerv das Ganglion verläßt. Der erste und zweite Lumbalnerv kann auch durch Infiltration der Endäste im Leistenkanal anästhesiert werden, wenn es sich um Operationen am Hoden handelt. Bei Operationen am Becken injiziert Verf. das Anästhetikum in die Sakrallöcher. Die Methode der Epiduralanästhesie verwirft Verf. (Meiner Meinung nach mit Unrecht, da die beobachteten Nebenerscheinungen sicherlich auf falscher Technik beruhen. D. Ref.)

5. Exstirpation voluminöser periureteraler Blasenpapillome, von SILVIO ROLANDO. Wenn Blasenpapillome um die Uretermündung sitzen, so kann letztere bei der Operation leicht verletzt werden. Deshalb soll man mit Hilfe des Zystoskops einen Ureterkatheter einlegen; ist dies unmöglich, kann man es bei offener Blase tun. Es gibt aber auch Fälle, wo auch in der offenen Blase die Uretermündung nicht zu finden ist. Da geht Verf. so vor, daß er zuerst den papillomatösen Teil abträgt, worauf nach exakter Blutstillung der Ureter meist leicht gefunden wird. Dann wird der Stiel der Geschwulst abgetragen.

6. Nierentuberkulose und die Konstante von Ambard, von G. MARION. Verf. hat mit Erfolg einen Fall von linksseitiger Nierentuberkulose operiert, der in verschiedener Hinsicht bemerkenswert war. So zeigte bei zweifacher Untersuchung die kranke Niere eine bessere Harnstoffausscheidung als die gesunde. Das kann vorkommen, wenn die tuberkulös erkrankte Niere im Stadium der pathologischen Polyurie sich befindet, oder, wie es im vorliegenden Fall zu sein scheint, wenn die gesunde Niere weniger entwickelt. Dann zeigte sich, daß die AMBARDsche Konstante erhöht war, was als Zeichen der Bilateralität der Affektion oder der Insuffizienz der restierenden Niere angesehen wird. MARION konnte sich aber durch den Ureterenkatheterismus davon überzeugen, daß die rechte Niere völlig gesund sei, und der Erfolg der Operation hat ihm recht gegeben. Der Fall zeigt auch den Wert des Ureterenkatheterismus, der gegebenen Falls, bei offener Blase vorgenommen werden soll; denn nur mit seiner Hilfe kann man präzise Anhaltspunkte über die Nierenfunktion erhalten.

7. Nierentuberkulose von abnormer Form, von M. PILLET-Rouen, Eine 39jähr. Frau kam wegen Pyurie und schmerzhaften Krisen in Behandlung. Man nahm eine Pyelitis oder eine Nierenanomalie an. Die Durchleuchtung ergab nur undeutliche Schatten in der Nierengegend. Man neigte deshalb der Diagnose Nierenanomalie zu; da brachte die positive Verimpfung des Urins die Aufklärung. Die linke Niere wurde entfernt; sie enthielt tuberkulöse Kavernen und den seltenen Befund von verkalkten Tuberkeln. Diese hatten den undeutlichen Schatten gegeben. Nichts hatte in diesem Falle auf Nierentuberkulose hingewiesen.

8. Ausstoßung eines Uretersteines nach Injektion von Glyzerin in den Ureter, von M. PERRIER. Ein Patient, der früher Appendizitis gehabt hatte, wurde wieder von krisenhaften Schmerzen in der rechten Flanke befallen; mit ihnen wechselten Durchfälle und Verstopfung ab. Wiederholte Durchleuchtung ergab die Diagnose Uretersteín. Verf. injizierte 10 ccm Glyzerin in den Ureter, worauf 48 Stunden später der Stein ausgestoßen wurde.

9. Die Eingriffe bei der Zystenniere, von M. MICKANIEWSKI. Verf. bespricht das Thema ausführlich und kommt zu folgenden Schlußsätzen. Da die zystische De-

Digitized by Google

generation der Niere meist beiderseitig ist, kann die Behandlung nicht kurativ, nur palliativ sein. Indikationen zum Eingreifen sind: Unerträgliche Schmerzen, Vereiterung, persistierende Hämaturie, Hydronephrose, Verlagerung, Anurie, Darmverschluß. Vor der Operation muß man sich durch den Ureterenkatheterismus von der Nierenfunktion überzeugen. Ist eine Niere gesund, greift man zur Nephrektomie, wenn schwere Komplikationen einen anderen Eingriff verbieten. Ist aber die zu erhaltende Niere nicht völlig funktionstüchtig oder bestehen einfache, beiderseitige Zysten, greift man zu den konservativen Methoden. Ist eine Niere vereitert, macht man die Nephrotomie, wenn keine andere Möglichkeit vorliegt; besteht eine verlagerte polyzystische Niere, macht man die Nephropexie. In allen anderen Fällen ist die partielle Nephrektomie oder besser die Dekapsulation mit Exzision der Zysten am Platze.

10. Die Dreigläserprobe in der Urologie, von Grimani-Rom. Bei der zweimaligen plötzlichen Unterbrechung des Harnstrahles kann es zur Wellenbewegung in der Blase, zur Aufwirbelung eines Sediments und damit zu diagnostischen Irrtümern kommen. Deshalb stellt Verf. die Gläser dicht aneinander, so daß der Kranke ununterbrochen urinieren kann.

Band 5, Nr. 6. 15. Juni 1914.

1. Die Prognose der chronischen Nephritiden an der Hand der Harnstoffbestimmung im Blute, von F. Widal, André Weill und Pasteur Vallery-Radot. Bei chronischen Nephritikern kann nur die konsequente Untersuchung des Blutes auf Harnstoff Aufschluß über den Stand der Krankheit geben und die Azotämie aufdecken. Man muß die Untersuchung von Zeit zu Zeit vornehmen. Sind im Blute nicht mehr als 0.5 g Harnstoff pro Liter, braucht man keine Azotämie zu fürchten. Werden es 0,5—1 g, muß man die Untersuchung häufiger vornehmen; so kann man erkennen, ob bloß eine momentane Harnstoffretention vorliegt, die wieder verschwinden kann, oder eine progressive Azotämie. Ist mehr als 1 g Harnstoff im Liter, so kann man fast sicher eine schlechte Prognose stellen. Sind es aber mehr als 2 g, so ist die Prognose noch trauriger wie beim Karzinom.

2. Traumatische Nephritiden, von A. Pousson. Die Existenz einer traumatischen Nephritis kann nicht mehr bestritten werden. Verfasser führt zwölf fremde und einen eigenen Fall an. Das erste Symptom der Krankheit sind Hämaturien, die bald oder erst längere Zeit nach dem Trauma auftreten; sehr bald tritt auch Fieber ein, das sich mit Allgemeinerscheinungen, wie Erbrechen, Schüttelfrost usw. kombiniert. Ist die Krankheit etwas weiter fortgeschritten, stellen sich Ödeme ein, die sich aber kaum von denen bei Brightscher Krankheit unterscheiden. Nur eine Form gibt es, die große symptomatologische Bedeutung hat: ein unilaterales Ödem, entsprechend der erkrankten Niere, auf dem Stamme oder den Extremitäten. Wie bei den gewöhnlichen chronischen Nephritiden kommt es auch zu urämischen Erscheinungen, Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, Augenstörungen usw. Kardiovaskuläre Symptome kommen dagegen selten vor. Was die Urinveränderungen betrifft, so ist vor allem zu sagen, daß Polyurie nicht häufig ist. Der Harnstoffgehalt sinkt parallel mit der Urinmenge, die Schwankungen der Chloride sind weniger bedeutend; der Eiweißgehalt ist verschieden groß. Im Sediment findet man die für subakute oder chronische Nephritis charakteristischen Elemente: Zylinder, Epithelien usw. Diagnostisch äußerst wichtig ist aber die im Anfange bestehende Unilateralität der Erkrankung, die mit Hilfe des Ureterenkatheterismus festgestellt wird. Beginn mit Hämaturie und Unilateralität müssen auf traumatische Nephritis hinweisen. Die Nephritis hat ihre Ursache in den kleinen durch das Trauma gesetzten Verletzungen, von denen eine Sklerose ausgeht; bei der Verbreitung über das Organ spielen Infektionen

Digitized by Google

sicher eine Rolle. Die Erkrankung der anderen Niere erfolgt reflektorisch oder, was wahrscheinlicher ist, infolge der Alterationen des Plexus renalis.

3. Hämostatische Eigenschaft der Elektrokoagulation bei Blasentumoren, von E. Desnos. Verfasser berichtet über einige Fälle, wo eine foudroyante Blasenblutung durch Elektrokoagulation in kürzester Zeit gestillt wurde. Verfasser glaubt, daß hierbei zwei Eigenschaften der Hochfrequenzströme in Betracht kommen: einerseits die direkte, auf die Oberfläche wirkende Kauterisierung, andrerseits die Fernkoagulation, welche die zuführenden Gefäße der Tumoren thrombosiert.

4. Die Beweglichkeit der Nieren und ihre Bedeutung für die Radiographie der Nierensteine, von Rafin und Arcelin. Will man alle Nierensteine in einem Falle radiographisch zur Ansicht bringen, so muß man auf die Beweglichkeit der Niere Rücksicht nehmen. Man muß die Niere energisch fixieren und darf nur eine Momentaufnahme machen; eine längere Exposition ist nicht statthaft, da selbst bei starker Kompression die Niere durch die Respirationsbewegungen ihre Lage verändern kann.

5. Nephropexie, von G. Marion. Bespricht Technik, Indikation und Resultate. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Zahlreiche Krankengeschichten.

6. Zystoskopie bei Blasentuberkulose, von M. Heitz-Boyer. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Schöne Abbildungen.

7. Kongenital ektopische Niere, für einen Mesenterialtumor angesehen, von Georges Labey und Jean Paris. Eine 21jährige Frau hatte vor 6 Jahren eine schmerzhafte Krise durchgemacht, die als Appendizitis angesehen wurde; seither hatte sie öfters vorübergehende Schmerzen im Leibe. Plötzlich wurde sie nach einer Mahlzeit wieder von heftigen, nicht fixierten Schmerzen befallen; bei der Untersuchung fand sich etwas nach rechts vom Nabel ein faustgroßer, derber, glatter, indolenter, transversal verschieblicher Tumor. Dieser wurde für eine Mesenterialzyste angesehen und deshalb operiert. Bei der Freilegung erwies sich der Tumor als normal große, aber oval geformte, abgeplattete Niere. Ihre Oberfläche war glatt, der Hilus bildete vorn eine vertikale Rinne, von der die Gefäße und der Ureter abgingen. Wenn bei einem Abdominaltumor die Diagnose etwas zweifelhaft ist, soll man stets an eine ektopische Niere denken.

8. Lokalanästhesie bei Prostatektomie, von F. Legueu. L. macht jetzt die transvesikale Protatektomie ganz in Lokalanästhesie. Infiltration der Bauchdecken wie gewöhnlich; die Blasenwand muß sehr stark infiltriert werden; auch der Füllflüssigkeit können 10—20 ccm Anästhetikum zugefügt werden. Ist die Blase eröffnet, fährt Verfasser mit 2 Fingern in das Kavum und beläßt sie darinnen; dann umspritzt er sorgfältigst die ganze Prostata mit Hilfe besonderer langer Nadeln, die er mit den 2 Fingern dirigiert. Auf diese Weise kann die Prostatektomie völlig schmerzlos ausgeführt werden; Verfasser benötigt im ganzen 120—140 ccm einer $^1/_2$%igen Novokain-Adrenalin-Lösung (für die Prostata allein 60—70 ccm).

9. Leitinstrumente, von Paul Nogués. Verfasser bespricht die Leitinstrumente, welche zur Einführung größerer Instrumente in die Urethra, Blase und in den Ureter gebraucht werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

Mai 1914.

1. Blasen, die nicht geöffnet werden dürfen, von F. Cathelin. Man hat heutzutage Instrumente zur Untersuchung und Behandlung der Harnorgane, daß der Blasenschnitt in den meisten Fällen fast als Kunstfehler angesehen werden muß. So ist es nicht mehr angängig, wegen schmerzhafter Blasentuberkulose eine Fistel anzulegen;

Digitized by Google

diese schließt sich meist nicht, gibt zu Sekundärinfektionen Anlaß und verursacht selbst Schmerzen. Den Ureterenkatheterismus bei offener Blase verpönt Verf. vollständig. Bei Blasenpapillomen und -karzinomen darf die Blase nur eröffnet werden: 1. bei Neoplasmen der Kuppe; 2. bei wuchernden Tumoren, deren Fragmente den Harnabfluß verhindern, und 3. bei heftigen Blutungen. In allen anderen Fällen ist die Hochfrequenzbehandlung am Platze. Bei Blasensteinen ist die Lithotripsie angezeigt. Den Blasenschnitt reserviert Verf. nur für die Prostatektomie, für Blasensteine, die zu groß oder zu hart für die Lithotripsie sind, für inkrustierte Fremdkörper und für Zufälle bei der Lithotripsie.

2. Bukkale Gonokokkie (metastatische Stomatitis), von A. Chévelle und M. G. Georgel. Ein Patient wurde ein halbes Jahr nach angeblicher Heilung eines Trippers von einer heftigen Stomatitis befallen, die allen lokalen therapeutischen Maßnahmen trotzte; bald darauf wieder Ausfluß. Der Tripper wurde geheilt, und mit ihm verschwand die Stomatitis. 2 Monate später akquirierte der Patient einen neuen Tripper, und 10 Tage nachher trat wieder die Stomatitis auf. Durch Injektionen von Antimeningokokkenserum wurde nunmehr Heilung erzielt. Die Verf. sind der Ansicht, daß eine metastatische blennorrhoische Erkrankung der Mundhöhle vorlag. Gonokokken wurden nicht gefunden.

3. Wirkung der Nephrotomie bei Nierentuberkulose, von Gayet. Ein 20jähr. Mann kam wegen Hämaturie, Pyurie und Blasenschmerzen zur Behandlung; die eingehende Untersuchung ergab eine deutliche Tuberkulose der rechten Niere, und es wurde daher die Nephrektomie beschlossen. Bei der Operation machte die Niere einen so normalen Eindruck, daß Verf. sie erst eröffnete; zu seinem Erstaunen fand er keine krankhaften Veränderungen. Die Niere wurde daher belassen, und der Kranke erholte sich vortrefflich. Die nach einigen Monaten vorgenommene Untersuchung ergab zwar, daß die rechte Niere minder gut funktioniert, doch konnte nichts von Tuberkulose nachgewiesen werden. Verf. ist daher dafür, daß bei sicherer Tuberkulose einer Niere erst die Nephrotomie gemacht werden soll, wenn keine offensichtlichen Veränderungen vorhanden sind; bei Abwesenheit sichtbarer Läsionen im Innern soll die Niere belassen werden. Diese Patienten müssen aber sorgfältigst überwacht werden, damit nötigenfalls rechtzeitig die Nephrektomie vorgenommen werden kann.

4. Radiodiagnostik der Krankheiten der Harnwege, von Suquet. Die Röntgendurchleuchtungen haben große Bedeutung für die Diagnose der Harnkrankheiten gewonnen. Am wichtigsten sind sie für Nieren- und Uretersteine.

5. Radiographie der Harnwege in der täglichen Praxis, von André Billiard-Rouen. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

6. Albuminurien, die für die Vichy-Trinkkur geeignet sind, von Chaix. Für Vichy sind geeignet Albuminurie gastrointestinalen Ursprungs, bei Leberkrankheiten, Diabetes, Gicht, Malaria und zyklische Albuminurie.

7. Radiotherapie bei Blennorrhoe der Frau, von Fabre-Paris. Verf. hat Radium bei chronischen Uterus- und Adnexerkrankungen angewendet und gute Resultate erzielt. Die Bestrahlung wirkte zuerst analgesierend, antiphlogistisch und vernarbend; dann machte sich eine Einschmelzung oder Sklerosierung des Gewebes bemerkbar.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über die Einpflanzung lebender Haare zur Wimpernbildung, von KRUSIUS-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 19.) Die zum Wimpernersatz bestimmten Haare werden am besten vom Patienten selbst genommen, aus den Augenbrauen oder aus der Kopfhaut, aus den Achsel- oder Schamhaaren. Es werden kräftige, nicht zu alte Einzelhaare 4—5 cm über der Haut abgeschnitten und mit Benzin gereinigt. Unter örtlicher Gefrierbetäubung wird der Haarstumpf samt Wurzel und Haarbalgdrüse nach dem KROMAYERschen Verfahren ausgestanzt und in physiologischer Kochsalzlösung abgespült. Dann wird das Haar in eine vom Verfasser angegebene Hohlnadel so weit eingeführt, daß die Spitze am spitzen Ende gerade mit einer feinen Pinzette gefaßt werden kann. Die Hohlnadel wird dann 2—3 cm vom Lidrand entfernt an der Außenseite des örtlich betäubten Lides eingestochen, zwischen Haut und Knorpel nach dem Lidrand vorgeschoben. Dort wird das Haar mit der Pinzette gefaßt und so weit vorgezogen, bis die ausgestanzte Hautsäule in der Höhe des Lidrandes erscheint. Die Hohlnadel wird vorsichtig zurückgezogen. Bei völligem Wimpernschwund genügen 50 derartige Haare. Es empfiehlt sich, nicht mehr als 20 auf einmal einzupflanzen. Eventuell müssen die Haare später regelmäßig gestutzt werden. Junghanns-Dresden.

Behandlung der VINCENTschen Angina mit Salvarsan, von NICLOT und L. LÉVY. (Lyon méd., 1914, Nr. 21.) Neosalvarsan als Pulver oder Glyzerinemulsion (5%) heilt die Affektion rapid. Richard Frühwald-Leipzig.

Eine neue wichtige Reichsgerichtsentscheidung über die relativ geheilte Geschlechtskrankheit als Grund zur Eheanfechtung, von HELLER-Charlottenburg. (D. m. W., 1914, Nr. 12.) Bis jetzt sah der Richter in der vorehelichen, relativ geheilten Geschlechtskrankheit einen Grund zur erfolgreichen Anfechtung der Ehe für den gesunden Gatten, wenn diesem die Krankheit nicht in vollem Umfang bekannt gemacht worden war, auch wenn der Patient den Ehekonsens vom Arzt erhalten hatte. Die Folge war Nichtigkeitserklärung der Ehe mit Alimentationsverpflichtung. Wichtig ist nun eine neue Reichtgerichtsentscheidung. Es handelt sich um einen Mann, der die Eheerlaubnis vom Arzt erhalten hatte. Auf die Eheanfechtungsklage wurde die Ehe zwar für nichtig erklärt, aber eine Unterhaltungsverpflichtung verneint, da der Mann im guten Glauben gehandelt hat. Er wurde daher vom Rechtsstandpunkte aus angesehen wie einer, der von seiner früheren Geschlechtskrankheit nichts weiß. Junghanns-Dresden.

Verschiedenes.

Die nächste Tagung der **American Urological Association** findet im Juni 1915 in Baltimore statt. Der Vorstand besteht aus: WILLIAM E. LOWER-Cleveland, Präsident, HENRY L. SANDFORD-Cleveland, Schriftführer, und JAMES A. GARDNER-Buffalo, Schatzmeister.

Dr. RUDOLF MÜLLER, Assistent der Klinik von Ob.-San.-Rat Prof. FINGER, hat sich in Wien als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

Infolge einer im Berufe akquirierten Infektion ist Dr. STEINER, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Mannheim, gestorben.

Dr. FRITZ DELIUS, Leiter des deutschen Hospitals in Buenos Aires, ist einer qualvollen Röntgensklerodermie, Dr. TIRABOSCHI, Leiter des Röntgenlaboratoriums am Ospedale Maggiore in Bergamo, einer fortschreitenden Röntgenanämie erlegen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. September 1914 | Nr. 36 | Band 59

Aus der Königl. Univ.-Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiel
(Direktor: Prof. Dr. Klingmüller).

Über Arthigon.

Von

Marine-Assistenzarzt Dr. Rohr.

Die Vakzinetherapie hat in der letzten Zeit auch bei der Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen einen großen Einfluß gewonnen. Besonders hat das nach Anweisung von Bruck in der Scheringschen Fabrik hergestellte Arthigon eine weite Verbreitung gefunden.

Auch in den Fällen der Kieler Hautklinik, über die ich in folgender Abhandlung kurz berichten werde — es sind 133 an der Zahl —, wurde es angewandt, und zwar bei

1.	Anterior-Erkrankungen	in 13	Fällen,
2.	Posterior-Erkrankungen . . .	„ 15	„
3.	Prostatitis	„ 19	„
4.	Epididymitis	„ 42	„
5.	Arthritis	„ 11	„
6.	Prostatitis + Epididymitis . . .	„ 13	„
7.	Paraurethralem Abszeß . . .	„ 6	„
8.	Paraurethralem Infiltrat . . .	„ 6	„
9.	Akzessorischem Gang	„ 6	„
10.	Cowperitis	„ 2	„
		zusammen 133	Fälle.

Sämtliche Fälle wurden gleichzeitig örtlich behandelt, und zwar nach folgendem Schema: Einspritzungen mit Hegonon 0,25% täglich 4—6mal 15—20 Minuten, in vielen Fällen zugleich Spülung der Anterior mit Hegonon 1 : 4000—2000; ferner wurde von vornherein ein Neisserssches Suspensorium angelegt. Bei Posterior: Janet mit Hegonon 1 : 4000 bis 2000; bei Prostatitis: Massage täglich oder alle paar Tage. Diese Behandlung wurde nur vorübergehend ausgesetzt, wenn stärkere Reizerscheinungen auftraten.

Als positiv bezeichne ich die Fälle, in denen bei dieser kombinierten Behandlung nach Arthigon eine schnellere Heilung als ohne Arthigon

Digitized by Google

eintrat. Die Fälle, bei denen der Erfolg nicht mit Sicherheit auf Arthigon zurückzuführen ist, also Fälle, in denen bei dieser kombinierten Behandlung mit Arthigon der Erfolg erst in einer Zeit eintrat, in der man ihn auch ohne Arthigon erwartet hätte, oder der Erfolg nicht sehr augensichtlich war, sind als fraglich bezeichnet worden und die, auf die Arthigon gar keine Wirkung ausübte, als negativ.

I. Urethritis anterior (intramuskulär): 13 Fälle.

Nur in 2 Fällen war ein gewisser Erfolg zu verzeichnen, der aber ebensogut durch die örtliche Behandlung erreicht worden sein kann. Da der Erfolg bei den hier angeführten Fällen im allgemeinen ungünstig war, und auch die gleichzeitig bestehende Urethritis in den Fällen mit Komplikationen, über die unten berichtet wird, nicht beeinflußt worden ist, wurde von der intravenösen Anwendung des Arthigons bei unkomplizierter Urethritis anterior abgesehen.

II. Urethritis posterior: 15 Fälle.

Intramuskulär: 7, intravenös: 8.

1. Intramuskulär: 7 Fälle. 1mal positiv, 1mal fraglich, 5mal negativ.
2. Intravenös: 8 Fälle. 2mal fraglich, 5mal negativ, 1mal Verschlimmerung.

III. Prostatitis: 19 Fälle.

Intramuskulär: 11, intravenös: 8.

1. Intramuskulär: 11 Fälle. 6mal positiv, 4mal fraglich, 1mal negativ.
2. Intravenös: 8 Fälle. 4mal positiv, 1mal fraglich, 3mal negativ.

IV. Epididymitis: 42 Fälle.

Intramuskulär: 28, intramuskulär und intravenös: 1, intravenös: 13.

1. Intramuskulär: 28 Fälle. 21mal positiv, 7mal negativ.
2. Intramuskulär und intravenös: 1 Fall. 1mal positiv.
3. Intravenös: 13 Fälle. 11mal positiv, 2mal negativ.

V. Arthritis: 11 Fälle.

Intramuskulär: 5, intramuskulär und intravenös: 3, intravenös: 3.

1. Intramuskulär: 5 Fälle. 2mal positiv, 3mal negativ.
2. Intramuskulär und intravenös: 3 Fälle. 2mal positiv, 1mal negativ.
3. Intravenös: 3 Fälle. 3mal positiv.

Digitized by Google

VI. Prostatitis und Epididymitis: 13 Fälle.

Intramuskulär: 10, intravenös: 3.

1. Intramuskulär: 10 Fälle. a) Epididymitis und Prostatitis: 6mal beide positiv; b) Epididymitis positiv; Prostatitis negativ: 3 Fälle; c) Epididymitis, Prostatitis: 1 Fall nagativ.

2. Intravenös: 3 Fälle. a) Epididymitis und Prostatitis positiv: 2 Fälle; b) Epididymitis negativ, Prostatitis positiv: 1 Fall.

VII. Paraurethraler Abszeß: 6 Fälle.

Intramuskulär: 5, intravenös: 1.

1. Intramuskulär: 5 Fälle. 3mal positiv, 2mal fraglich.
2. Intravenös: 1 Fall. 1mal negativ.

VIII. Paraurethrales Infiltrat: 6 Fälle.

Intramuskulär: 2, intravenös: 4.

1. Intramuskulär: 2 Fälle. 2mal fraglich.
2. Intravenös: 4 Fälle. 2mal positiv, 2mal negativ.

IX. Akzessorischer Gang: 6 Fälle.

Intramuskulär: 3, intravenös: 3.

1. Intramuskulär: 3 Fälle. 3mal negativ.
2. Intravenös: 3 Fälle. 3mal negativ.

X. Cowperitis: 2 Fälle.

Intramuskulär: 2 Fälle. 2mal positiv.

Wir ersehen also aus vorstehendem in Kürze folgendes: Bei der Urethritis anterior haben wir sowohl in den unkomplizierten Fällen als auch in Fällen, bei denen eine Komplikation vorlag, so gut wie keinen Erfolg erzielen können. Ab und zu wurde ein Stärkerwerden des bestehenden Ausflusses unmittelbar im Anschluß an die Injektion festgestellt, was im Sinne einer positiven provokatorischen Anwendung zu deuten ist. Wenn ein sehr geringer Teil der Anteriorfälle unter Arthigon in 6—8 Tagen abgeheilt ist, so müssen wir der gleichzeitigen örtlichen Behandlung den wesentlichen Anteil an der Heilung beimessen.

Auch bei der Urethritis posterior sind im allgemeinen die Erfolge negativ gewesen, wenn man auch zugeben muß, daß die Zahl der fraglichen Fälle bei ihr etwas größer ist.

Dafür, daß in der Posterior eine gewisse Reaktion auf Arthigon auftreten kann, sprechen auch folgende Beobachtungen und Überlegungen: Wir haben bei den Posteriorerkrankungen nach intramuskulärer Applikation einmal das Auftreten einer doppelseitigen Epididymitis,

Digitized by Google

einmal einer einseitigen Epididymitis und einmal einer Prostatitis, nach intravenöser Applikation in 2 Fällen das Auftreten einer Epididymitis zuerst der einen, dann der anderen Seite je unmittelbar nach einer Arthigoninjektion beobachten können. Es ist dieses eine Angabe, die in der bisherigen Literatur sich meines Wissens noch nicht verzeichnet findet, die aber unseres Erachtens doch eine ganz besondere Beachtung verdient, weil man annehmen kann, daß es sich in diesen doch immerhin zahlreichen Fällen nicht um ein zufälliges Auftreten dieser Komplikationen nach der Arthigoninjektion handelt, sondern daß die Injektion der unmittelbare Anlaß zu dem Auftreten dieser Komplikationen ist. Die örtliche Herdreaktion nach Arthigon ist die direkte Ursache für das Auftreten der Epididymitis. Besonders fiel uns auf, daß bei akuteren Prozessen der Posterior die Epididymitis dadurch gefährdet ist. Wir müssen also vor der Anwendung des Arthigons, namentlich bei akuter und subakuter, aber auch bei latenter Posteriorerkrankung warnen.

Bei der Behandlung der Prostatitis wurde neben teils intramuskulär, teils intravenös appliziertem Arthigon Prostatamassage angewandt. Der Erfolg ist in einem Teil der Fälle ein guter, 50% fraglich und 25% negativ. Auch hier ist ein Unterschied des Einflusses von intramuskulärer und intravenöser Injektion nicht mit Sicherheit festzustellen. Bei Prostataabszeß wurde durch Arthigon allein völlige Resorption in 2 Fällen, einmal nach 2, einmal nach 18 Tagen erzielt. In dem einen Fall trat nach der ersten Injektion zunächst eine Vergrößerung des Abszesses ein, die aber bald zurückging (lokale Herdreaktion). Nach Arthigon trat in auffälliger Weise in den meisten Fällen ein Rückgang der Entzündungserscheinungen und der Schmerzen auf. Während Thorn angab, daß Gonokokken auf Arthigon nicht schwinden, ist von uns in einigen Fällen ein Negativwerden des Gonokokkenbefundes der Prostata beobachtet worden.

Der günstigste Einfluß auf eine gonorrhoische Komplikation, den wir erzielt haben, ist bei der Epididymitis zutage getreten. Hier wurde neben Arthigon meistens Hochlagerung und Wärme oder bei ambulanter Behandlung nur ein Neissersches Suspensorium appliziert. Die Wirkung von Arthigon war in den meisten Fällen eine äußerst gute; es trat ziemlich sofort, in einigen Fällen aber auch erst nach einer kurzen anfänglichen Verschlimmerung (lokale Herdreaktion!) ein Nachlassen der Entzündung und ein Abnehmen der Schmerzhaftigkeit ein. Die Rückbildung erfolgte in dem größten Teil der positiven Fälle überaus schnell. 10 von 40 Fällen verhielten sich refraktär, bei 5 fand sich nur ein gewisser Einfluß; sonst war der Erfolg auffällig. Zwischen Wirkungsweise der intramuskulären und der intravenösen Injektion bestand bezüglich des Erfolges kein wesentlicher Unterschied.

Digitized by Google

Bei den 13 Fällen, wo eine Epididymitis und eine Prostatitis zugleich bestanden, fand sich nur einmal eine totaler Versager, in 3 Fällen wurde nur die Epididymitis beeinflußt, während bei der Prostatitis kein wesentlicher Erfolg zu erzielen war; das umgekehrte Ergebnis war einmal zu verzeichnen, doch handelte sich hierbei um eine alte Epididymitis, bei der die zurückgebliebenen Knoten jeglicher Therapie trotzten. In den andern Fällen war auf beide Komplikationen ein guter, bzw. ein gewisser guter Einfluß festzustellen gewesen. Man kann aus diesen Fällen einen Schluß gewinnen auf den Erfolg des Arthigons bei der Epididymitis im Verhältnis zur Prostatitis, und zwar zugunsten der Epididymitis, eine Feststellung, die ja auch schon aus dem Vorhergesagten erhellt. Intravenös waren 3 Fälle behandelt, die eigentlich bis auf diese eben erwähnte alte Epididymitis gut reagierten, während sich bei den intramuskulären Fällen der eine negative und die einzelnen fraglichen Erfolge befanden; also scheint hier ein günstigerer Erfolg des intravenösen Verfahrens vorzuliegen.

Auch bei der Arthritis waren die Erfolge mit Arthigon recht gute. In 11 Fällen wurden 7 Heilungen erzielt, und dabei waren Fälle, in denen es sich schon um sehr lange bestehende Leiden, die bislang jeglicher Therapie getrotzt hatten, handelte. Die 4 Versager waren 3mal nach intramuskulärer, 1mal nach intravenöser Injektion aufgetreten. Ein Fall reagierte auf intramuskuläre Einspritzung gar nicht, auf intravenöse sofort.

Bei paraurethralem Abszeß wurden von 6 Fällen 3 günstig, 2 in gewissem Sinne günstig beeinflußt. Der einzige intravenös Behandelte verhielt sich refraktär. Es findet zweifellos ein guter Einfluß des Arthigons auf diese Erkrankung statt.

Die paraurethralen Infiltrate (6 Fälle) zeigten nach Arthigon-Applikation Neigung zur Heilung und Rückgang. Zwei verhielten sich refraktär.

Akzessorische Gänge wurden nicht durch Arthigon beeinflußt, dagegen war die Wirkung des Arthigons auf eine bestehende Cowperitis eine durchaus günstige.

Die von Bruck aufgestellten Behauptungen, „je kräftiger die Reaktion, desto günstiger die Prognose“, und „je frischer die Fälle, desto kräftiger die Reaktion“, haben auch nach den Erfahrungen der Kieler Klinik in vielen Fällen ihre Bestätigung gefunden; doch haben auch vielfach Abweichungen festgestellt werden können. Das steht jedenfalls fest, daß gonorrhoische Prozesse nur so lange noch beeinflußt werden können, solange noch reaktionsfähiges Gewebe vorhanden ist, und daß daher z. B. alte Knoten im Nebenhoden, die Reste früher stattgehabter Entzündungen sind, unbeeinflußt bleiben. Dagegen haben wir häufig die Beobachtung

Digitized by Google

gemacht, daß das Arthigon dann besonders gut wirkte, wenn der akute Prozeß schon längere Zeit bestand oder sogar bereits subakut geworden war. Ebenso ist es sicher, daß der Grad der Reaktion nicht in direktem Verhältnis zur Wirkung steht, denn man sieht recht häufig, daß auch bei geringster Reaktion ein deutlicher Heilerfolg eintritt, während er bei stürmischen Reaktionserscheinungen, wie langdauerndem Schüttelfrost, hohem Fieber bis über 40° und allgemeiner Abgeschlagenheit, ganz ausbleiben kann.

Wir haben in dem Arthigon ein Mittel kennen gelernt, das entschieden einen wirksamen Einfluß auf einen Teil der gonorrhoischen Erkrankungen hat. Warum nicht auf alle, ist eine Frage, die zunächst aufzuwerfen ist, eine Frage, auf die folgende Antwort zu geben ist: Die Vakzine wirkt nur da, wo die Gonorrhoe in abgekapselten Herden sich findet; daher kann man eine Wirkung beobachten bei den gonorrhoischen Komplikationen, in gewisser Beziehung auch schon bei Posterior-Erkrankungen, wo wir nach Arthigon in mehreren Fällen ein Aufflackern des lokalen Prozesses und das Auftreten einer Epididymitis bzw. Prostatitis festgestellt haben, nicht aber bei der Urethritis anterior, wo der Eiterherd nach außen offen ist.

Warum aber wirkt dieses spezifische Mittel nicht bei allen gonorrhoischen Komplikationen in gleicher Weise? Diese zweite Frage hat verschiedene Beantwortungen gefunden. Hecht und Klaussner z. B. führen diese Versager auf einen Antikörpermangel im Organismus zurück, während Schulz biologische Differenzen der Gonokokkenstämme des Arthigons und des Kranken als Ursache annimmt. Obwohl das Arthigon schon ein recht polyvalentes Vakzin ist, so ist doch diese letzte Erklärung auch uns recht einleuchtend; denn bei der großen Zahl der im Organismus möglichen Gonokokkenstämme kann man es sich sehr wohl vorstellen, daß die im Arthigon vorhandenen 11 oder mehr Stämme derart artfremde Gonokokken im Organismus antreffen, daß sie eine Wirkung auf diese auszuüben nicht imstande sind.

Auf diese Art lassen sich nicht nur die so wechselnden Heilwirkungen gut erklären, sondern auch das so scheinbar willkürliche Auftreten der verschiedenen örtlichen Reaktionen, die unserer Meinung nach alle einen spezifischen Charakter tragen, da sie nur bei Gonorrhoikern, nie aber bei Leuten, die frei von Gonorrhoe waren, und denen Arthigon injiziert wurde, auftraten.

Von der zuerst angegebenen Vorschrift, Arthigon nur in fieberfreien Fällen zu geben, ist man im Laufe der Zeit abgekommen. Auch unsere Fälle haben gezeigt, daß das Arthigon auf bestehendes Fieber eher einen günstigen als ungünstigen Einfluß ausübt. Das Fieber, das nach der

Digitized by Google

Injektion noch mit 1 oder 2 Zacken steigen kann, fällt am nächsten Tage meist prompt ab.

Schulz und Schindler sagen, daß Arthigon nicht imstande ist, Metastasen vorzubeugen, eine Ansicht, die wir teilen, die wir aber dahin erweitern möchten, daß Arthigon dieselben unter gewissen Bedingungen sogor direkt hervorzurufen vermag, wie es die Fälle gezeigt haben, in denen bei bestehenden Prosteriorerkrankungen unmittelbar im Anschluß an eine Arthigoninjektion eine Epididymitis bzw. Prostatitis auftrat.

Von den Nebenwirkungen des Arthigons wurde in einem großen Teil der Fälle nach intramuskulärer Applikation Fieber, starke Schmerzen an der Injektionsstelle und allgemeine Mattigkeit angegeben, nach intravenöser Anwendung sehr häufig akute Temperatursteigerungen oft in 2 Zacken, vereinzelt auch erst am folgenden Tage auftretend festgestellt, seltener die nach intramuskulärer Injektion häufigere Mattigkeit und Abgeschlagenheit und einmal schwere Sehstörungen, die zirka 4 Tage anhielten und dann schwanden. Worauf diese zurückzuführen waren, konnte leider nicht festgestellt werden, da der ambulant behandelte Patient während des Auftretens und Verlaufs dieser Störungen in See war.

Bezüglich des therapeutischen Erfolges scheint in unseren Fällen bei einzelnen Komplikationen das intravenöse Verfahren in gewisser Weiser wirksamer gewesen zu sein, jedoch möchten wir damit nicht mit Sicherheit das intramuskuläre Verfahren, was den Heilerfolg anlangt, gegenüber dem intravenösen an zweite Stelle setzen. Nach der Erfahrungen der Kieler Klinik scheint ein wesentlicher Unterschied nach diesem Gesichtspunkte hin nicht zu bestehen; jedoch sind wir bei Betrachtung der Nebenwirkungen auf den Organismus mehr geneigt, dem intravenösen Verfahren den Vorzug zu geben; denn hier handelt es sich meist um eine zwar akute, aber kurze Temperatursteigerung, während nach der intramuskulären Anwendungsweise neben zwar meist gelinderem Fieber doch relativ häufig recht beträchtliche Schmerzen an der Injektionsstelle und allgemeine Niedergeschlagenheit beobachtet worden sind. Allerdings wurden einmal nach intravenöser Injektion Sehstörungen recht unangenehmer Art beobachtet, die auf eine Dauer von 4—5 Tagen das Sehen dem Patienten so gut wie unmöglich machten. Da dieses aber der einzige Fall unter den zahlreichen intravenösen Arthigonfällen ist, bei dem bis jetzt derartige unangenehme, allerdings ohne Folgeerscheinungen gebliebene Störungen aufgetreten sind, so glauben wir nicht auf Grund dieses einen Falles bei der intravenösen Arthigonanwendung, die, wie schon oben gesagt, bezüglich des Erfolges den gleichen ev. sogar einen besseren, bezüglich der Nebenerscheinungen einen angenehmeren Einfluß hat, ernstere Bedenken hegen zu brauchen.

Digitized by Google

Bei den intravenösen Injektionen wurde ein akuter Fieberanstig, häufig mit 2 Zacken, öfter auch mit Schüttelfrost verbunden, beobachtet; die intramuskuläre Injektion hatte einen weniger akuten Temperaturverlauf. Ein Auftreten von Fieber am folgenden Tage wurde bei beiden Verfahren verschiedentlich beobachtet. Diese Temperatursteigerungen traten nicht bei jedem Gonorrhoiker und nicht nach jeder Arthigoninjektion auf. Es wurden in dieser Beziehung die verschiedensten Beobachtungen gemacht. Manche Leute mit frischer Gonorrhoe bzw. frischer gonorrhoischer Komplikation reagierten nicht mit Fieber, andere auf jede Injektion, andere wechselnd. Ein Zusammenhang zwischen der gonorrhoischen Erkrankung und den nach Arthigon auftretenden Temperaturen etwa in dem Sinne, daß bei frischen Fällen höhere Temperaturen, bei länger behandelten und heilenden Fällen geringere oder keine auftreten, konnte nicht festgestellt werden. In manchen Fällen, die man in diesem Sinne beurteilen zu können glaubte, bei denen die anfänglichen Temperatursteigerungen nach Arthigon gegen Ende der Behandlung nicht mehr auftraten, erfolgte auf eine diagnostische Arthigoninjektion hoher Fieberanstieg zu einem Zeitpunkt, wo klinisch die betreffende gonorrhoische Erkrankung geheilt war. Da bei vorhandener Gonorrhoe die Temperaturen durch Arthigon so wechselnd beeinflußt wurden, daß man nicht, wie anfangs erhofft, aus dem auftretenden Fieber einen Schluß auf den augenblicklichen Stand der gonorrhoischen Erkrankungen ziehen konnte, wurde eine Anzahl von Patienten der Klinik, die sicher keine Gonorrhoe hatten noch gehabt hatten, Arthigon injiziert. Untersuchungen dieser Art sind bezüglich der intramuskulären Applikation schon von Simon gemacht und mitgeteilt worden. Simon kommt dabei zu dem Schluß, daß Temperatursteigerungen über 1° nach 0,5 bis 1,0 ccm Arthigon für Gonorrhoe sprechen. Bezüglich der intravenösen Anwendungsweise sind Brück und Sommer auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Resultat gekommen, daß Temperatursteigerungen von 1,5° und darüber nach 0,1 ccm Arthigon (bei Männern intravenös) für den gonorrhoischen Charakter der betreffenden Erkrankung sprechen. Bei einer großen Zahl von Patienten der Klinik, die keine Gonorrhoe hatten, wurde in der angegebenen Weise Arthigon gegeben; doch konnten die Erfahrungen Brücks und Sommers nicht bestätigt werden; es traten vielmehr bei einem beträchtlichen Teil Fieberreaktionen von über 2—3° auf, die zum Teil mit recht unangenehmen Begleiterscheinungen (Schüttelfrost, Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen) verbunden waren. Auf Grund dieser Erfahrungen der Kieler Klinik muß dem Arthigon für diagnostische Zwecke ein spezifischer Charakter abgesprochen werden, da weder das Auftreten von Fieber nach Arthigon für, noch das Fehlen

Digitized by Google

der Fieberreaktion gegen den gonorrhoischen Charakter der betreffenden Erkrankung spricht.

Daß Temperatursteigerungen und Lokalreaktionen nicht in allen Fällen auftreten, kann man am besten dadurch erklären, daß in den refraktären Fällen der Gonokokkenstämme des Arthigons biologisch verschieden von denen des Patienten sind. Warum allerdings in vielen Fällen ein und derselbe Patient so wechselnd reagiert, dafür eine befriedigende Erklärung zu geben, hält schwerer. Ein allmähliches Geringerwerden der Arthigon-Fieberreaktion im Verlaufe der Behandlung kann man auf ein allmähliches Absterben der Gonokokken zurückführen, ein Wiederauftreten der Reaktion auf eine neue Exazerbation der Erkrankung; doch muß man bei dieser Erklärung das Eingeständnis machen, daß der klinische Befund sich zwar vielfach mit ihr deckt, aber auch recht oft mit ihr in keiner Weise in Einklang zu bringen ist.

Zusammenfassung.

1. Das Arthigon ist ein für Gonorrhoe spezifisches Mittel, das aber nur auf abgeschlossene gonorrhoische Krankheitsherde (gonorrhoische Komplikationen) wirksam ist. Epididymitis und Arthritis werden sehr günstig beeinflußt; günstig auch die Prostatitis: Prostataabszesse werden z. T. in sehr kurzer Zeit resorbiert.

Ein Einfluß des Arthigons auf akzessorische Gänge wie auf die Urethritis anterior ist nicht beobachtet worden.

2. Das intravenöse Injektionsverfahren hat gegenüber dem intramuskulären bezüglich des Erfolges den gleichen, vielleicht auch etwas besseren Erfolg, bezüglich der Nebenerscheinungen eine angenehmere Wirkung, so daß ihm der Vorzug zu geben ist.

3. Unschädlich sind beide Verfahren.

4. In einem intravenös behandelten Falle wurden nach Arthigon Sehstörungen, die nach 4 Tagen spontan schwanden, beobachtet.

5. Das Fehlen dieser Fieberreaktion, das Fehlen von Lokalreaktionen bei Gonorrhoikern, sowie die hinsichtlich Heilung refraktären Fälle lassen sich auf biologische Differenzen der Gonokokkenstämme des Arthigons und des betreffenden Patienten zurückzuführen.

6. Bei Urethritis posterior wurde in verschiedenen Fällen unmittelbar im Anschluß an eine Arthigoninjektion das Auftreten einer Epididymitis, seltener einer Prostatitis beobachtet. Dieses ist unserer Meinung nach durch ein Aufflackern des gonorrhoischen Prozesses in der Posterior und durch ein Übergreifen der Gonorrhoe auf Nebenhoden und Vorsteherdrüse zu erklären. Daraus ergibt sich die Warnung, Arthigon bei Er-

Digitized by Google

krankungen der Posterior anzuwenden, eine Warnung, der man um so getroster Folge leisten kann, als der therapeutische Effekt des Arthigons bei dieser Erkrankung, wenn er überhaupt vorhanden, nur ein sehr minimaler ist.

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 4. Juni 1914.

1. Postvakzinales Hautfibrom, von F. Balzer, Gougerot und R. Barthélemy. Bei dem 23jähr. Manne entwickelte sich nach einer Revakzination ein Knötchen vom Typus des Sarkoids. Es ist flach, erhaben, derb, die Haut ist gelblich pigmentiert, zeigt Teleangiektasien. Das Knötchen gehört der Kutis an. Da der Patient Syphilitiker ist, wurde eine Quecksilberkur eingeleitet, doch ohne Erfolg; daher Exstirpation des Knötchens. Im histologischen Bilde zeigt sich die ganze Kutis mit Ausnahme der Papillen und der subpapillären Schicht befallen; nach unten hört die Affektion an der Subkutis plötzlich auf. Im Zentrum ist die Epidermis emporgehoben; die interpapillären Zapfen sind verlängert, verzweigt. An der Peripherie zieht sich das neugebildete Gewebe in feinen Streifen zwischen das Gesunde. Ersteres besteht aus einem dichten, zellreichen Bindegewebe. Es handelt sich also um ein Fibrom.

2. Subkutane und Knochensporotrichose bei einen 14 Monate altem Kinde, von Gougerot, Ehrmann und Larrousse. Bei dem Kinde trat im Alter von 14 Monaten an der linken Wange ein Knoten auf, der lange Zeit isoliert blieb; dann aber entstanden andere Läsionen an den Händen, Armen usw. Es handelte sich stets um derbe adhärente Knoten mit Erweichung und Fistulation. Schließlich wurden auch die kleinen Knochen der Hände und Füße befallen. Die Affektion wurde für Tuberkulose (Lupus, Spina ventosa usw.) gehalten und behandelt. Erst die von den Verfassern angelegten Kulturen ergaben die Diagnose: Sporotrichose. Besserung durch Jod.

3. Sporotrichose als Berufsunfall, von Gougerot und Paul Blum. Der 29jähr. Chauffeur war mit dem Automobile gestürzt und hatte ein Hämatom am Kopfe davongetragen; statt abzuheilen vereiterte dieses aber. Im Laufe des folgenden Jahres verbreitete sich die Affektion immer mehr, so daß schließlich das Gesicht, die Kopfhaut und der Hals in eine schwammartige, ulzerierte Masse verwandelt war. Unter verschiedenen Diagnosen wurde Patient vergeblich verschiedenen Behandlungsmethoden unterworfen. Schließlich gesellten sich noch schwere psychische Erscheinungen hinzu. Wegen der Polymorphie der Läsionen und wegen der Narben diagnostizierte Gougerot eine Mykose und verordnete Jodkalium. In 40 Tagen war komplette Heilung, natürlich mit Narben, eingetreten. Die Kultur ergab: Sporotrichum Gougeroti.

4. Hautläsionen nach einer Radiodermitis, von E. Jeanselme. Eine Frau war mit Schwefelsäure verätzt worden; da die Narben keloidartig waren, wurde sie mit Radium behandelt. Sie erhielt ein durch Jahr wöchentlich drei Sitzungen mit filtrierten Strahlen; dann machte sie sich die Bestrahlungen selbst (!D. Ref.). Sechs Monate benutzte sie ein Filter, vier Monate nicht mehr; die Folge davon war eine wüste Radiodermitis. Es zeigte sich nun, daß die am stärksten bestrahlten Narben kaum mehr keloidartigen Charakter haben; sie sind weiß, von braunen Flecken und kapillaren Ektasien durchsetzt. Die nicht bestrahlten Narben haben noch Keloidcharakter, doch sind sie auch spontan flacher geworden.

Digitized by Google

5. Hautangiomatose nach Radiotherapie, von E. Jeanselme. Eine 28 jähr. Patientin hat zahlreiche tuberkulöse Halsdrüsen. Auf der linken Halsseite unten ist ein großer Herd, der aus engmaschigen Kapillarvarizen besteht. Er bedeckt die Supraklavikulargrube und reicht noch etwas nach oben und unten. An anderen Stellen ähnliche, wenn auch weniger ausgeprägte Gefäßektasien. Die Kranke war wegen der Drüsen durch ein Jahr mit Röntgenstrahlen behandelt worden, ohne daß die gesunde Umgebung abgedeckt wurde. Man findet auch noch verschiedene atrophische, farblose Stellen mit Teleangiektasien.

6. Vitiligo bei einem Syphilitiker, von L. M. Pautrier und Rabreau. Bei dem 35 jähr. Patienten traten am rechten Handgelenk weiße Flecke auf, die sich noch auf andere Körpergegenden verbreiteten. Man findet bei ihm eine typische Vitiligo mit polyzyklischen hyperpigmentierten Rändern. Bemerkenswert ist aber, daß an der linken Hand am Rande eines depigmentierten Fleckes stecknadelkopf- und linsengroße erythematöse, nicht infiltrierte Flecke sich befinden. Außerdem sind die jüngsten Herde noch nicht völlig weiß, sondern blaß bläulichrot oder lila. Der Kranke ist Syphilitiker. Verfasser meinen nun, daß die Vitiligo, auf diese passageren erythematösen Flecke gefolgt ist; diese dürften tertiäre erythematöse Syphilide darstellen.

7. Generalisierter Lichen planus circinatus, von F. Balzer und R. Barthélemy. Bei dem 20 jähr. Manne begann das Hautleiden auf der Brust und generalisierte sich rasch unter heftigem Jucken. Man findet zahlreiche zirzinäre Elemente; der Rand ist stellenweise aus kleinen, teils mattbraunroten, teils roten, glänzenden Knötchen zusammengesetzt. Durch Konfluenz haben sich polyzyklische Figuren gebildet. Das Zentrum ist leicht pigmentiert, stellenweise atrophisch in der Umgebung stehen polygonale, glänzende Knötchen. Der Fall ist wegen der Generalisierung der zirzinären Herde bemerkenswert.

8. Kongenitale, familiäre, diffuse generalisierte Alopezie, von F. Balzer und R. Barthélemy. Der 42 jähr. Mann hat seit Geburt einen äußerst spärlichen Haarwuchs am ganzen Körper gehabt; die vorhandenen Haare sind normal. In der Aszendenz und Deszendens sind mehrere Personen mit der gleichen Affektion. Verfasser glauben, daß es sich um eine vererbte Schilddrüseninsuffizienz handle.

9. Anormale Drüsen am Penis, von F. Balzer und H. Galliot. Ein 19 jähr. Patient mit einem syphilitischen Primäraffekt hat 2 cm vor der Peniswurzel etwas nach links eine ovale, indolente, verschiebliche Drüse. Der Kranke hat diese Drüse zufällig bemerkt; nach der syphilitischen Infektion ist sie angeschwollen. Durch die Behandlung ging die Schwellung zurück.

10. Neuroarthritische (?) Ödeme mit trophischen Störungen der Nägel, von Gougerot und Lorentz Monod. Die 40 jähr. Patientin leidet seit mehreren Jahren an Gelenkschmerzen und plötzlich kommendem und verschwindendem Ödem der Extremitäten; diese sind akroasphyktisch. Seit zwei Jahren zeigen die Nägel transversale Furchen; wahrscheinlich entsprechen sie den Ödemschüben.

11. Ambulatorische Behandlung der Geschlechtskrankheiten im „Hôpital Saint-Louis", von Gaucher. G. weist darauf hin, daß im „Hôpital Saint-Louis" schon längst eine Ambulanz für Syphilistherapie besteht, wie sie kürzlich von Jeanselme beschrieben wurde.

12. Die dreifach kombinierte Behandlung der Syphilis, von Goubeau. Im primären Stadium soll die dreifache Behandlung, Neosalvarsan, Quecksilber, Jod, zu gleicher Zeit angewendet werden, kombiniert mit der Zerstörung des Primäraffektes. Im sekundären Stadium sollen die drei Medikamente in Serien hintereinander gegeben werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die medikamentösen Seifen, von WALTHER SCHRAUTH. Ihre Herstellung und Bedeutung unter Berücksichtigung der zwischen Medikament und Seifengrundlage möglichen chemischen Wechselbeziehungen. Ein Handbuch für Chemiker, Seifenfabrikanten, Apotheker und Ärzte. (Julius Springer, Berlin 1914.) Der Grundgedanke bei der Abfassung der äußerst gediegenen Studie ist der gewesen, zu zeigen, daß die Seife ein äußerst reaktionsfähiger Körper ist, und daß ohne genaue Kenntnis des chemischen Charakters der jeweils zu verarbeitenden Arzneistoffe eine therapeutisch wertvolle medikamentöse Seife nicht hergestellt werden kann; auf Grund des Gebotenen soll gleichzeitig der Arzt die Bedingungen kennen lernen, unter welchen die günstigsten Wirkungen von Arzneiseifen zu erwarten sind. KONRAD SIEBERT hat daher auch in einem besonderen Kapitel die therapeutische Seite der Seife besprochen. Eigene Abschnitte enthalten die Methoden zur Untersuchung und Bewertung medikamentöser Seifen, die gesetzlichen Bestimmungen betreffend den Vertrieb derselben, die einschlägigen Reichspatente, Wertzeichen der geschützten Warenzeichen, ein Namen-, ein Sach- und ein Patentnummernregister. Im folgenden sollen die Kapitel Seife als Wasch-, Desinfektions- und Heilmittel, allgemeine Technologie und spezielle Zusammensetzung besprochen werden:

Die Abneigung gegen die medikamentösen Seifen besteht heute nur mehr teilweise zu Recht, nachdem es gelungen ist, neue Stoffe herzustellen, die im Seifenkörper unzersetzt haltbar sind und ihre Desinfektionskraft dauernd behalten. Der Satz, es sei das richtigste, zuerst Seife und dann das Desinfiziens anzuwenden, läßt sich heute nicht mehr halten, da durch eine passende Auswahl des Antiseptikums die beiderseitige Wirkung in nicht unbedeutender Weise unterstützt und gehoben werden kann. Die durch die Seife bewirkte Entfernung von Hornschicht und Fett gewährt ein tieferes Eindringen des Medikaments, sozusagen in statu nascendi. — Die Seifen sind sehr hygroskopisch. Stearinsaures Kalium nimmt aus der Luft 30%, ölsaures bis 162%, ölsaures Natrium aber nur 12% Wasser auf. Die Lösung der Seife in Wasser erfolgt nach vorausgehender Gallertebildung. Bei den Seifen der ungesättigten flüssigen Fettsäuren erfolgt sie schon bei Zimmertemperatur, während sich die Seifen der gesättigten festen Fettsäuren nur in der Siedehitze klar lösen, da sich bei tieferen Temperaturen eine durch „Hydrolyse" gebildete, in kaltem Wasser unlösliche, saure Seife abscheidet. Kaliseifen sind im allgemeinen leichter löslich als Natronseifen. Unter den Kaliseifen der technisch verwendeten Fette sind (in Alkohol) am leichtesten löslich diejenigen aus Rizinus-, Sesam- und Kokosöl, diejenigen aus Kottonstearin, Speiseleinöl und Mohnöl. Nur $^1/_4$ der Löslichkeit dieser Gruppe besitzen Seifen aus Schweineschmalz, Butter, Palm-, Rüb- und Sonnenblumenöl; nur $^1/_{16}$ Seifen aus Rindertalg, Erdnußöl und Hammeltalg; nur $^1/_{32}$ Seifen aus Mimusops-Djavefett und Stearin. — Die Hydrolyse der Seifen erfolgt nach den Gleichungen: $NaR + H_2O = NaOH + HR$ und $NaR + HR = NaR - HR$ (wobei R das Fettsäureradikal bezeichnet). Es tritt also eine Spaltung der Seife in freies Alkali und freie Fettsäure ein; letztere vereinigt sich mit einem anderen Molekül noch unzersetzter Seife zu einem sauren Salz. Die Hydrolyse wird entsprechend dem Massenwirkungsgesetz durch Zusatz freien Alkalis gehindert. Ein Gehalt von 40% Alkohol hebt sie auf. Da das Schäumen der Seifenlösung nach STIEPEL auf dem Vorhandensein wassergelöster Seife neben freier Fettsäure, bzw. saurer Seife beruht, so

Digitized by Google

muß mit wachsendem Alkoholgehalt nicht nur die Hydrolyse, sondern auch die Schaumfähigkeit sinken. Seifen, die in wässeriger Lösung nicht hydrolysiert werden, wie die Rizinusölseifen, schäumen so gut wie nicht. Durch Zusatz freier Fettsäuren, d. h. also Bildung saurer Seifen neben neutralen erhält man aber Lösungen von großer Schaumfähigkeit. Die physikalische Ursache des Schäumens ist, daß die Seifenlösung, welche neben wirklich gelöster Seife Fettsäure, bzw. eine saure Seife in feinster Verteilung enthält, sehr dehnbare Membranen zu bilden vermag, welche durch Umhüllung von Luft die viskosen Wände der Schaumzellen erzeugen. — Die reinigende Wirkung der Seife kann nicht nach der Theorie von Berzelius erklärt werden: Verseifung von Schmutzfett durch hydrolytisch freigewordenes Alkali und Umhüllung des Schmutzes durch Seifenschaum. Nach der Emulsionstheorie wirkt die Seife im Sinne eines Schmiermittels, indem sie die Adhäsionen zwischen dem Reinigungsobjekt und den darauf haftenden Verunreinigungen vermindert und durch Emulsion eine Entfernung der Schmutzteilchen bewirkt. Den fettsauren Salzen ist also die Eigenschaft der fettsauren Glyzeride erhalten geblieben, sich auf anderen Körpern kapillar auszubreiten, sie zu benetzen und fremde Substanzen, die auf ihnen haften, weder durch mechanische Kraft, noch chemisch, sondern dadurch zu verdrängen, daß ihre Adhäsion zu der Verunreinigung diejenige dieser zum Reinigungsobjekt und die Adhäsion der Seifenlösung selbst übertrifft. Dennoch dürfte auch der chemische Vorgang der Hydrolyse für die Waschkraft der Seife nicht ohne Bedeutung sein. Denn das entstehende saure fettsaure Salz könnte eine emulgierende Aufgabe erfüllen. Vielleicht ist der ganze Waschprozeß kein einheitlicher und liegt die Bedeutung der Seife in ihrer Eigenschaft, ihre Wirkungsweise auf Grund der Heterogenität ihrer in der wässerigen Lösung vorhandenen Bestandteile den verschiedensten Verhältnissen anzupassen. Für die medikamentösen Seifen ist von besonderer Wichtigkeit, daß die Alkali- und Fettsäureionen der „in Wasser gelösten" Seife mit den Ionen anderer Elektrolyte in Verbindung treten können, wobei von der Art der letzteren abhängt, ob sich ein Niederschlag aus der Lösung abscheidet oder nicht. Im ersteren Fall wird die Wirkung des inkorporierten Mittels vollkommen aufgehoben. — Alle Desinfizientien lassen sich in zwei Gruppen einteilen: lipoid- oder fettlösliche Stoffe, welche unter Lösung der lipoiden Protoplasmagrenzschicht ins Zellinnere gelangen (Alkohol, Phenole u. a.), und die fettunlöslichen anorganischen Elektrolyte (Säuren, Basen und Salze), welche erst nach Lösung oder Fällung der eiweißhaltigen Grenzschicht einzudringen vermögen. Wässerige Seifenlösungen können einerseits durch die bei der Hydrolyse entstehenden Hydroxylionen, deren Konzentration im allgemeinen die Desinfektionskraft der Alkalien bedingt, andererseits durch die in der Seifenlösung vorhandenen mehr oder weniger lipoidlöslichen Bestandteile wirken. Die verschiedenen Seifen müssen daher einen sehr verschiedenen Desinfektionswert besitzen. Die Desinfektionskraft wässeriger Seifenlösungen ist abhängig von dem jeweils obwaltenden Verhältnis zwischen den Alkalisalzen der gesättigten und ungesättigten Fettsäuren und von der Reinheit der Seife selbst. Die Wirkung der gesättigten Seifen läuft nämlich parallel der relativen Menge hydrolysierter Fettsäure bzw. sauren Salzes; die Wirkung der ungesättigten wird im wesentlichen bedingt durch das Aussalzvermögen gleichzeitig vorhandener Elektrolyte (überschüssiges Alkali). Das in Seifenlösungen vorhandene gebundene oder überschüssige Alkali ist im übrigen, von seiner eigenen, nicht gerade großen Desinfektionskraft abgesehen, insofern von Bedeutung, als einerseits durch die Art desselben Unterschiede in der Lipoidlöslichkeit der sauren Salze der gesättigten Säuren, andererseits durch seine Art und Menge Änderungen der physikalischen Eigenschaften der Seifenlösung (Zurückdrängung der Hydrolyse, Beeinflussung der Mikrostruktur der kolloiden Seifenteilchen) veranlaßt werden. Art und Verarbeitung des

Digitized by Google

Rohmaterials lassen so sehr verschiedenwertige Seifen entstehen; um im Einzelfalle ein Urteil abgeben zu können, müßte man nicht nur den Alkali- und Gesamtfettsäuregehalt, sondern auch die Art des Fettsäuregemisches, sowie den Gehalt an gesättigten und ungesättigten Fettsäuren wissen.

Im Gegensatz zu Unna und Eichhoff empfiehlt sich der Zusatz von Kalilauge zu Ansatz der Natronseifen, der ein geschmeidigeres Präparat bewirken soll, nicht. Denn bei dem wiederholt notwendigen Aussalzen der fertig gesottenen Seife mit Kochsalz wird der größte Teil der gebildeten Kaliseife doch wieder in Natronseife verwandelt. — Die Kokosseifen (halbwarm- oder kaltgerührte Leimseifen) empfehlen sich im allgemeinen nicht als Medikamentseifen. Denn da die Medikamente hier schon vor Beendigung des Verseifungsprozesses beigemengt werden müssen, so kann, zumal da auch noch mit der sehr erheblichen Selbsterhitzung des Seifenleimes zu rechnen ist, die gleichmäßige Verteilung und die Haltbarkeit der meisten Arzneimittel da nicht garantiert werden. Ein geringer Zusatz von Kokosöl ist ebenso statthaft, wie die Hineinpilierung von etwas Kokosseife in eine Talgseife. Zuviel schadet aber, denn obwohl die Kokosseifen ihrem chemischen Charakter entsprechend in wässeriger Lösung weniger hydrolysiert sind als die Talgseifen, und obwohl sie an sich als überfettet, d. h. als besonders milde gelten müßten, indem sie neben den Alkalisalzen der Kokosfettsäuren etwa 15% unverseifte Fettbestandteile als freie Fettsäure und unvollständig verseiftes Fett (Mono- und Diglyzeride) enthalten, so ist doch die Beobachtung nicht von der Hand zu weisen, daß die Kokosseifen unzweifelhaft schärfer sind als die neutral abgerichteten Seifen anderer Fette. Der Grund hierfür ist darin gegeben, daß die Kokosseifen einerseits in Wasser bedeutend leichter löslich sind als jene, so daß beim jeweiligen Gebrauche eine größere Seifenmenge zur Verwendung kommt, und zweitens in der Tatsache, daß der prozentuale Alkaligehalt der Kokosseifen ein relativ hoher ist. Denn auch das gebundene Alkali besitzt eine Wirkung auf die Haut, die um so größer ist, je konzentrierter die verwendeten Lösungen sind. — Die Herstellung neutraler Seifen kann durch Verschleifung und chemisch geschehen. Die Dialyse ist dagegen zwecklos; denn sorgfältig bereitete Grundseifen haben als Verunreinigungen nur noch geringe Salzmengen aufzuweisen, welchen keine wesentliche Bedeutung zukommt. Das von Liebreich empfohlene Zentrifugieren ist praktisch undurchführbar und steht heute nur noch in den Lehrbüchern. Um auch die Wirkung des bei der Hydrolyse entstehenden Alkalis aufzuheben, sind verschiedene Wege eingeschlagen worden. Die Aufgabe, die Hydrolyse aufzuheben, dürfte insofern eine problematische sein, als bei der etwa 10%igen Konzentration des Seifenschaumes eine merkliche Hydrolyse überhaupt nicht besteht (?). Die Wirksamkeit der verschiedenen Verfahren ist wohl so zu erklären, daß schon die bloße Gegenwart vieler Stoffe genügt, um den alkalischen Charakter einer Seifenlösung abzuschwächen. Doch gibt es auch Seifen, wie die Kaprylund Pelargonsäureseifen, bei welchen eine Alkaliabspaltung nicht nachweisbar ist. Die Herstellung besonderer, aus niederen Kern- und Kokosölfettsäuren gewonnener Seifen, die in wässeriger Lösung nicht dissoziieren und daher auch keine alkalische Reaktion geben (Stiepel), ist zu teuer, um in der Praxis verwertet werden zu können. — Unna hat beabsichtigt, überfettete Seifen herzustellen, deren Aufnahmefähigkeit für Hautfett herabgesetzt ist, so daß also eine Abschwächung der Wirkung gegeben ist. Für die Überfettung sind am besten geeignet: Lanolin, Bienenwachs, chinesisches Wachs, Walrat und Lezithin. Die überfetteten Seifen schäumen schlechter; am geringsten ist die Verminderung des Schäumens bei Lanolin, Lezithin und den leicht emulgierbaren Fetten, am stärksten bei hauptsächlich gesättigten Fetten wie Rindertalg. Da das Fett die Wirksamkeit des Medikaments herabsetzt und das Seifenalkali bei Gegenwart von

Digitized by Google

Wasser viele Medikamente angreift, so sollten die Medikamente erst dem bereits überfetteten Seifenkörper nachträglich beigemengt werden. Man hat daher saure, bei der Hydrolyse neutral bleibende Seifen hergestellt, bei welchen die Schaumfähigkeit nicht so beeinträchtigt, dagegen die Dissoziation und Hydrolyse herabgesetzt sind. Es lag am nächsten, hierzu einen 2—5%igen Zusatz von Fettsäure zu benutzen. Entgegen einer verbreiteten Meinung ist ein Ranzigwerden solcher Seifen nicht zu befürchten, da an sich weder reine Seifen, noch reine Fettsäuren ranzig werden. Unter der Voraussetzung, daß die Annahme richtig ist, dem Ranzigwerden liege ein Oxydationsprozeß zugrunde, sollten saure Seifen sogar haltbarer und daher als Grundlagen für medizinische Seifen empfehlenswerter sein als neutrale oder gar alkalische, da das Reduktionsvermögen der fettsauren Salze wesentlich von dem Grade der Alkaleszenz abhängig ist. Allerdings ist der Versuch Eichhoffs, hierzu Salizylsäure zu verwenden, mißglückt, weil sich diese in der Seife in salizylsaures Alkali umsetzt. Es empfehlen sich für das Ansäuren neben den Fettsäuren daher vor allem solche Säuren, die nach Umsetzung mit der Seife als Alkalisalze entweder geeignet sind, erstere zu verbessern, wie die Borax bildende Borsäure, oder erst als Alkalisalze die gewünschte therapeutische Wirkung auslösen, wie die Oxyquecksilber-o-toluylsäure, das Afridol. — Von den Eiweißseifen benutzen ältere, wie die Rayseifen, das durch Formaldehyd angesäuerte Gesamteiweiß des Hühnereies, neuere Verfahren, z. B. die Delbancosche Albumosenseife, nur die säuerlichen Albumosen; ihre mit Alkali gebildeten albumensauren Salze sind bei der Hydrolyse viel beständiger als die Alkalialbuminate. Da auch das albumosensaure Alkali nur zum Teil bei der Seifenfabrikation gespalten wird, bleibt ein Rest von solchem in der Seife, dem das gute Schäumungsvermögen zuzuschreiben ist. Die behauptete Tiefenwirkung der Seife wäre allerdings erst zu beweisen, und die Überfettung mit Olivenöl ist zwecklos und beeinträchtigt die Wirkung. — Die in einem gewissen Gegensatze hierzu stehenden alkalischen, rectius: alkalisierten Seifen werden auf die Dauer meist von der Haut nicht vertragen (?) und da sie Alkalikarbonat ausschwitzen, empfiehlt es sich, sie entweder ex tempore als weiche Seifen zu bereiten oder Sapo kalinus bzw. Sapo viridis zu nehmen, bzw. Alkalikarbonate zu verwenden. Eine Steigerung der keimtötenden Eigenschaft der Seife kommt unter den alkalisierten Seifen nur den Seifen der ungesättigten Fettsäuren zu. Das Alkali selbst hat bei niederer Temperatur i. A. nur geringe bakterizide Kraft. Der Fettansatz ist viel wichtiger. — Die „gefüllten" Seifen, welche Harz, Wasserglas, Leim, Ton, Kreide, Sirup, Zucker und andere Beschwerungsmittel enthalten, sind als Fälschungen aufzufassen. Zusätze von Vaseline und Glyzerin setzen durch prozentuale Verminderung der fettsauren Salze, wie aber auch durch direkte Einwirkung auf inkorporierte Desinfizientien die desinfizierende Seifenwirkung herab. Infolge solcher Zusätze sind auch die meist handelsüblichen flüssigen Seifen weniger wertvoll. Sonst kommt es auf die Form der Seife nicht so sehr an. Die Stückseife verdient sicher nicht die hohe Bevorzugung. In der Pulverseife, wo Seife und Medikament lose gemischt sind, sind manche Stoffe jahrelang unzersetzt haltbar, die in Stückseifen dank der innigen Berührung von Seife und Medikament allmählich doch zugrunde gehen (Perborate). Natürlich darf die Pulverseife nicht durch Vermahlen der medikamentösen Stückseife hergestellt sein. Gute Arzneivehikel sind die Unnaschen Salbenseifen, welche mit Fettsalben vermischte möglichst indifferente Produkte sind. — Als Ersatzmittel der gewöhnlichen Seifen sind das rizinolsaure, rizinussulfosaure und dioxystearinsaure Kalium, weiterhin die Seifen der niederen Kern- und Kokosölseifen zu nennen. Alle diese Präparate sind in wässeriger Lösung nicht oder nur schwach hydrolysiert und besitzen nur geringen Gehalt saurer Seife. Sie lösen aber freie Fettsäuren zu sauren Seifen von charakteristischem Seifencharakter

Digitized by Google

auf. Ebenso besitzen sie ein Lösungsmittel für in Wasser sonst schlecht lösliche Phenole, indem diese Säuren mit der nicht oder schwach hydrolysierten Seife eine ganz neue Doppelverbindung eingehen. Ein anderer Seifenersatz sind die Naphthenseifen (Myloin, „Mineralseifen"), Alkalisalze der aromatischen Naphthenkarbonsäuren. Neben ihrem guten Schäumungsvermögen sind sie durch relativ hohe Desinfektionskraft ausgezeichnet. Da sie auch geruchlos dargestellt werden können, dürften sie den Erdölseifen (Naftalan, Nafalan, Sapolan, Petrosapol usw.) vorzuziehen sein.

Die spirituösen Seifenlösungen besitzen durch Vereinigung der Seifen und Spirituskräfte eine erhöhte Desinfektionskraft. Allerdings hat der Alkohol sein Wirkungsoptimum unter einer Konzentrationsgrenze, wie sie das Sapal und das zurzeit beste Präparat, das Sapalkol, darstellen. Aber sie können stark eingerieben werden und entfalten beim nachträglichen Verschäumen eine sehr starke Wirkung. Afridol-Sapalkol dürfte ein vorzügliches Antiseptikum sein. Zu wünschen wäre der Ersatz der Kokosseife durch die rationellere Talgseife. — Um die Haltbarkeit der Medikamente im Seifenkörper zu erhöhen, sind verschiedene Verfahren ausgedacht worden, welche das Medikament möglichst von der Seife getrennt halten. Alle diese Versuche sind jedoch ohne Wert, weil spätestens beim Waschprozeß doch die gefürchteten Wechselwirkungen eintreten werden. Im allgemeinen werden saure Agentien die Seife unter Abscheidung der schwächeren Fettsäuren zersetzen, indem sie selbst unter Aufnahme des Seifenalkalis im Neutralsalze übergehen. Dagegen werden Medikamente, die selbst Alkalisalze sind, oder chemisch indifferente Substanzen meist nicht zersetzt. Das gleiche gilt für Mittel, bei welchen das undissoziierte Molekül Träger der Wirkung ist (Kampfer, Naphthalin usw.), während Schwermetallsalze, welche durch Ionen wirken, unlösliche und daher nahezu unwirksame Niederschläge bilden. — Von den Teerseifen des Handels ist nur ein Teil brauchbar, die ganz billigen eher schädlich. Von den farblosen Teeren hat das aus dem Steinkohlenteer gewonnene Anthrasol die weiteste Verbreitung gefunden. In dem aus Pix liquida gewonnenen Pitral, dem neben der Farblosigkeit auch Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit, Neutralität und vorzügliche Wirkung zukommen soll, und das mit viel Reklame unter dem Namen Pixavon-hell in den Handel kommt, ist ihm (nach Schrauth) ein überlegener Nebenbuhler entstanden. (Das kann doch bloß in geschäftlicher Hinsicht gelten; in therapeutischer hat es das Versprochene so wenig gehalten wie das von der gleichen Firma mit noch größerer Reklame hinausgepriesene ganz wertlose und sündenteure Odol. Daß es bei Seborrhoe des Kopfes mehr als ein anderes Teerpräparat leiste, ist absolut unrichtig. Ref.) Die genannten Präparate sind gereinigte Teere. Durch Kondensierung mit Formaldehyd sind das Empyroform und das Pittylen gewonnen. Letzteres ist nur in festen Seifen zu gebrauchen. (Ein besonderer Wert kommt aber auch diesem Reklamepräparat der Odolfirma nicht zu.) Viel wertvoller ist das Fagacid der Firma Nördlinger, welches seifenartige Alkalisalze zu bilden vermag und daher mit Stückseifen zusammen sehr brauchbare Teerseifen geben muß. Man soll sich bei Gebrauch von Teerseifen immer vor Augen halten, daß der Steinkohlenteer dem größeren Gehalt an Phenolteer und Kohlenwasserstoffen, der Laubholzteer dem Guajakolgehalt und der Nadelholzteer neben dem Phenolgehalt auch dem Gehalt an Harzsäuren seine Wirkung verdankt. Die billigen Kokosölteerseifen sollten nicht hergestellt werden. Für die Beurteilung der Phenolseifen ist von Wichtigkeit, daß Phenol sich in Ätzalkalien zu stark ätzenden, aber schwach desinfizierenden Phenolalkalien umwandelt; denn die antiseptische Wirkung des Phenols wird nicht durch das Ion C_6H_5O, sondern lediglich durch das ungespaltene Molekül bedingt. Bei den Kresolen wie bei allen Phenolhomologen beeinträchtigt ein über 50% hinausgehender Seifenzusatz die Desinfektionskraft ganz wesentlich; 3—5% Lysoltoiletteseifen können daher keine

Digitized by Google

antiseptische Wirkung besitzen. Kresolseifenlösungen sind durch die gut antiseptisch wirkenden, angenehm riechenden Xylenole Thymol und m-Xylenol vorteilhaft zu ersetzen; für die Herstellung geringprozentiger antiseptischer Stückseifen genügen jedoch auch sie noch nicht ganz, da sie durch Alkali und Seife auch eine erhebliche Abschwächung ihrer Desinfektionskraft erfahren. Durch Ersatz von Kernwasserstoffen (des Benzolkerns) durch chemische Radikale kann die antiseptische Wirkung der Phenole wesentlich verstärkt werden. Das trifft nicht zu, wenn der neue Substituent Säurecharakter besitzt. Durch die Einführung weiterer Hydroxyle, Karboxyle und Sulfogruppen wird im Gegenteil die Desinfektionskraft aromatischer Verbindungen erheblich geschwächt. Dies gilt daher auch für die viel verwendeten Resorzin-, Pyrogallus-, Salizyl- und Phenolsulfosäurepräparate. Von letzteren können das Kreolin-Artmann, das Sanatal und das Automors wegen ihres Gehaltes an freier Schwefelsäure und ihrer stark ätzenden Wirkung nicht in der Chirurgie verwendet werden. Die Phenolsulfosäureseifen sind aber ganz wirkungslos, weil das gebildete Alkalisalz nicht mehr die Wirkung der Säure besitzt. Eine Abschwächung der Wirkung tritt überhaupt auf bei Verkuppelung der aromatischen Kerne mit Säuregruppen. Denn wenn auch die aromatischen Säuren (Benzin, Salizylsäure usw.) selbst auch keimtötend wirken, so besorgen das ihre nicht mehr lipoidlöslichen Alkalisalze nicht mehr. Die Herabsetzung des Desinfektionswerts durch das Karboxylnatrium ist so bedeutend, daß selbst die kräftigsten Halogensubstitutionen nichts mehr ändern können. Wie die Phenole sind auch die aromatischen Karbonseifen nur im wasserfreien Seifenkörper haltbar. Das Ende einer Salizylseife ist daher stets unzersetzte Seife, salizylsaures Alkali und freie Fettsäure ohne Spur freier Salizylsäure. Der Versuch, in den Seifen Salizyl durch Salol zu ersetzen, ist mißlungen. Wenn wirklich das hydrolysierte Alkali bei der Anwendung das Salol spalten würde, würden ebensofort zwei unbrauchbare Körper, salizylsaures und phenolsaures Alkali, entstehen. Die Formaldehydseifen sind an sich praktisch gedacht, denn die Unannehmlichkeiten des Formaldehyds (Geruch, Ätzung und Reizung) sind hier abgeschwächt. Formaldehydseifen sind: Antiseptoform, Dezilan, Formlution, Formysol, Lysoform, Morbizid, Sapoform, Spiritus saponatus formalin., Sapoform, Parisol, Lysan, Phenyformsaponat, Baktoform, Saparaform u. a. Die Präparate des Handels schwanken sehr im Formaldehydgehalt. Ähnlich wie bei den Kresolpräparaten vermag durch F. verflüssigte Seife noch weitere Mengen des Gases aufzunehmen, ohne daß dessen unangenehme Nebenwirkungen in Erscheinung treten. Mit der Höhe des F.-Gehalts wächst aber die Desinfektionskraft Aber der hohe F.-Gehalt läßt rasch durch Verdunstung nach. Trotzdem ist die Fabrikation von F.-Stückseifen möglich, wenn man den F. im Seifenkörper fixiert und ihm gleichzeitig die Kondensationsmöglichkeit mit der Seife nimmt. Das geschieht, indem man statt F. Kondensationsprodukte des F. mit Phenolen, Phenolsulfosäuren, Polyphenolen, Naphtholen, Thymol, Guajakol, Eugenol u. a. verwendet (Septaformaseife, Parisol, Lysan, Phenylformsaponat) oder die bei gewöhnlicher Temperatur festen polymeren Verbindungen des F — Die Sauerstoffseifen wurden ursprünglich nur mit Natriumsuperoxyd hergestellt (Pernatrolseife!); die nicht immer angenehme Ätzwirkung des hohen Alkaligehaltes tritt bei den Magnesium-, Kali- und Zinksuperoxyden zurück (Ektoganseife!), Die größte Bedeutung hat aber das Natriumperborat gewonnen. Es zerfällt in Wasserstoffsuperoxyd, bzw. Wasser und Sauerstoff, und Natriummetaborat, dem Borax nah verwandt, also in wirksame und unschädliche Desinfizientien. Allerdings können dauerhafte Natriumperboratseifen wohl infolge des Wassergehaltes der Stückseifen noch nicht als Stückseifen fabriziert werden. Kein Ozon enthalten gewisse Terpentinölseifen, die man, einem über das Terpentin weit verbreiteten alten Aberglauben folgend, als Ozonseifen auch schon bezeichnet hat. Wenn man auf dem Standpunkt steht, daß der

Digitized by Google

Schwefel durch Reduktion und proportional der aus demselben gebildeten Schwefelsäure wirkt, so muß bei der Schwefelseifenfabrikation am besten der Schwefel verwendet worden, der Oxydationsprozessen am meisten zugängig ist. Der feinere präzipitierte Schwefel ist dem sublimierten und ersterem der kolloidale überlegen. Anwesenheit von freiem Alkali dürfte die Schwefelwirkung kaum unterstützen (?); auch bildet der Schwefel mit Alkalilaugen die stark ätzenden und H_2S abspaltenden Alkalisulfide. Schwefelalkaliseifen werden daher kaum in der Dermatologie, wohl aber um Metallbeschmutzungen (Blei) der Haut unschädlich zu machen, verwendet. Diese Schädlichkeiten kommen der Pyoninseife und dem Thiopinol-Matzka nicht zu. Als Ersatzmittel der Ichthyolseifen sind die zum Teil geruchlosen Petrosulfol-, Thiol- und Thigenolseifen zu erwähnen. Noch eine große Anzahl anderer geschwefelter Präparate sind bekannt geworden. Sie haben aber alle keine größere Bedeutung erhalten; denn die günstige Wirkung geschwefelter organischer Substanzen ist nicht nur durch das Vorhandensein des fest gebundenen Schwefels überhaupt, sondern durch vielerlei Momente bedingt. So ist eine Hauptbedingung der ungesättigte Charakter der therapeutisch wertvollen Verbindung, wie ihn das Ichthyol selbst besitzt; bei der Schwefelung mit elementarem Schwefel vernichtet aber dieser beim Eintritt ins Molekül gerade die Doppelbindung der Kohlenstoffreihe und hebt so den ungesättigten Charakter der Verbindung auf. — Die ionisierten Quecksilberverbindungen, welche das Metall salzartig gebunden enthalten, büßen ihre ausgezeichnete Desinfektionskraft im Seifenkörper ein, indem sich durch doppelte Umsetzung Alkalisalz und fettsaures Quecksilber bildet, das dann der Reduktion anheimfällt. Daher sind alle Sublimatseifen nach einiger Zeit zersetzt, mögen sie hergestellt sein, nach welchem Verfahren sie wollen. Man kann also nur mit Verbindungen Erfolge erzielen, welche das Quecksilber in nicht ionisierbarer Form enthalten. Von diesen scheiden die ebenfalls zersetzlichen Quecksilberstoffverbindungen (Sublaminseife, Sapodermin oder Lavoderma) aus, und es bleiben nur die Kohlenstoffverbindungen. Von diesen sind die in wäßriger Lösung mit Ammoniumsulfid momentan Schwarzfärbung gebenden ebenfalls zersetzlich und unbrauchbar. So das Oxyzyanid (Servatolseife). Da auch auf die Löslichkeit Rücksicht zu nehmen ist, bleiben schließlich nur die Alkalisalze der merkurierten Karbonsäuren der aliphatischen Reihe (Quecksilberfettsäuren), welche das Metall in der Kohlenstoffkette substituiert enthalten, und weiter die merkurierten Karbonsäuren und Phenole der aromatischen Reihe, bzw. ihre Alkalisalze, in welchen das Quecksilber an den Benzolkern gebunden ist. Wie beim Phenol und seinen Derivaten kann man auch hier durch die Einführung von Nitro-, Halogen-, Alkyl- und Arylresten die Desinfektionskraft so steigern, daß ein Teil dieser substituierten Oxyquecksilberbenzoesäuren und Oxyquecksilberphenole selbst die Wirksamkeit des Sublimates um ein Vielfaches übertrifft. Andererseits setzen auch hier saure Substitutionen des Benzolkerns durch Phenol, Sulfo- und Karboxylgruppen die antiseptische Wirkung stark herab. Daher konnte sich die Hermophenylseife nicht einbürgern. Umgekehrt erklärt sich die hohe Wirksamkeit der Afridolseife aus der Kombination der Quecksilberhydroxylgruppe, welche zu den Bakterien Affinität besitzt, mit der Alkylsubstitution des Benzolkernes (ähnlich ist die Providolseife zu beurteilen.) Dabei ist aber die Giftigkeit der Alkalisalze merkurierter Karbonsäuren und Phenole um ein Vielfaches geringer als die der ionisierten Quecksilbersalze. — Silberseifen sind wie das Gros der Quecksilberseifen zu beurteilen. Sie sind nicht haltbar. Das gleiche gilt für die Salze des Aluminiums (Lenicetseifen). — Die Wirksamkeit der Kolloid- (Silber-, Quecksilber- usw.) Seifen ist noch ganz unbewiesen. — Weiche Jodoformseifen können zwar auf Wunden adaptiert werden; sie sind aber wirkungslos; denn das abgespaltene Jod wird von der Seife an sich gerissen. Daher sind auch die meisten heute vielfach fabrizierten Jodseifen zu verwerfen; es bilden sich

Digitized by Google

Salze der Jodalkalien und unterjodigen Säure, die dann in Jodate übergehen; daneben kann Jod von Fettresten der Seife gebunden werden. Jodkaliumseifen sind natürlich verwendbar. — Die reduzierenden Mittel Chrysarobin, Pyrogallol und Resorzin können sich ebenfalls in Seifen nicht halten; ebensowenig ihre Abkömmlinge. — Das Hydroxylamin der H.-Seifen wird zu Stickstoffoxydul oxydiert. — Chinosolseifen sind unwirksam, weil alkalisch reduzierende Agentien aus Chinosollösungen das unlösliche und unwirksame Oxychinolin ausfällen. — Der Wert der Radiumseifen ist noch als problematisch anzusehen; ihr Gehalt an Radium ist sicher zu gering. — Von den juckstillenden Mitteln hat sich nur die Bromokollseife bewährt (Mentholseifen?). — Die mit Brunnensalzen hergestellten Seifen dürften vor den künstlich mit gleichen Salzen hergestellten keinen Vorteil voraus haben. — Von den ätherischen Ölen hat nur ein Teil wirklichen Desinfektionswert, wie Senföl, Zimtöl, Kassiaöl, Iso-Eugenol, Bittermandelöl, Spicköl, Kirschlorbeeröl, Nelkenöl, Ajowanöl, Rosenöl, Geraniumöl und Thymianöl. Calvello empfiehlt eine Emulsion von 9% Thymianöl und 18% Geraniumöl als ausgezeichnetes Händedesinfektionsmittel. Die Desinfektionskraft der einzelnen Öle ist dabei sehr verschieden. Ganz wertlos sind: Oleum lauri, citronell., rosmarini, juniperi aeth., salviae, Wintergreen, amygdal. amar., citri und bergmotti. Von den künstlichen Riechstoffen hat nur das Terpineol eine nicht unbedeutende Desinfektionskraft, besonders in Verbindung mit flüssiger Kaliseife. Hierher gehört das Fliederäthrol-Nördlinger, dessen Basis Derizinseife ist, und das Sifinon.

Die hier gegebene Inhaltsangabe der ganz vorzüglichen Monographie ist selbstverständlich keine lückenlose. Referent hat die wichtigsten Punkte herausgeholt und allgemeiner bekannte Dinge wie auch den Ärzten weniger naheliegende übergangen. Zu beanstanden ist an dem Werk nur die Sprache. Da Referent vielfach Ausführungen des Werkes wörtlich übernommen hat, sind diese Gallimathiasse von Sätzen zum Teil auch in das Referat gekommen. v. Notthafft-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Ein letaler Fall von Pellagra bei einer Geisteskranken, von F. E. Rainsford-Chapelizod. (Lanc., 1913, S. 1759.) Bei einer 70jährigen, an Verwirrtheit und Demenz leidenden Frau, welche seit etwa einem Jahre geistige Defekte dargeboten hatte, konstatierte Verfasser (im August 1913) zunächst an der Stirn, nachher an anderen Stellen des Gesichts und an den Händen Läsionen, die zunächst als Ekzema solare imponierten. Späterhin stellte Verfasser in Übereinstimmung mit anderen Kollegen die Diagnose Pellagra. Bald nachher ging die Patientin kachektisch zugrunde.

Philippi-Salzschlirf.

Behandlung der Pellagra mit Serum von Nicolaidi, von Luigi Sozzi. (Riv. pellagrol. ital., 1913, Nr. 5.) Verfasser hat fünf Kranke behandelt; er findet, daß das Serum einen günstigen Einfluß auf die Pellagrakranken ausübt, indem es die Funktion des Magendarmkanals zur Norm bringt, die Hauterscheinungen bessert und den Tonus des Nervensystems hebt. Richard Frühwald-Leipzig.

Akute Pellagra oder Dermatitis exfoliativa? von W. H. Spurgin-Newcastle-on-Tyne-England. (New York m. J., 29. Nov. 1913.) Es handelt sich um einen 20jährigen jungen Mann, der zugleich mit hohem Fieber und hochgradig schlechtem Allgemeinbefinden ausgedehnte Dermatitis und folgende Abschuppung en masse zeigte; stellenweise

Digitized by Google

waren auch eitrige Herde (Zellulitis) auf der Haut aufgetreten. Gruber-Widalsche Reaktion negativ. Die Frage, ob es sich um einfache Dermatitis exfoliativa, um Dermatitis infolge von Pellagra (akute Form) oder von Sepsis oder ob die letztere die Folge der Dermatitis war, möchte Verfasser, der den Fall auch bakteriologisch genau untersuchen ließ (Staphylococcus aureus im Eiter), noch völlig offen lassen.

Stern-München.

Trauma und Purpura, von G. Thibierge. (Bull. méd., 1913, Nr. 43.) Die Berufung als Sachverständiger in der Sache eines Arbeiters, der nach einem Unfalle von Purpura der unteren Extremitäten befallen worden war, gab Thibierge die Veranlassung, eingehende Nachforschungen über dieses Thema anzustellen, und er hat eine diesbezügliche Beobachtung aus der Literatur zusammengestellt. Es ergibt sich, daß gewisse Beziehungen zwischen Trauma und Purpura, direkte und indirekte, existieren. Den Namen Purpura traumatica verdienen nur solche Fälle, bei denen kurze Zeit nach dem Trauma die Pupura auftritt; das Trauma ist stets ein solches, daß es Erschütterungen des Nervensystems bewirkt, obwohl diese nicht die Ursache der Purpura zu sein scheinen. Purpura tritt auch nach Traumen der genito-urinären Organe auf, doch scheint sie in diesen Fällen infektiöser Natur zu sein. Bei Traumen der Extremitäten kann auch durch Infektion oder durch Aufnahme der Bewegungen nach langer Immobilisierung Purpura entstehen. Für den Beweis des Zusammenhanges zwischen Trauma und Purpura ist stets genaue Untersuchung und Beobachtung erforderlich. Zu dem auslösenden Momente des Traumas kommen noch verschiedene prädisponierende Umstände hinzu, deren Einfluß oft nicht festzustellen ist, die aber oft von größerer Bedeutung sind als das Trauma. In forensischer Hinsicht ist aber bloß der Nachweis, daß das Trauma eine ätiologische Rolle gespielt hat, erforderlich. Richard Frühwald-Leipzig.

Tödliche Pupura im Gefolge von Scharlach, von J. Biernacki und A. L. Dykes-London. (Brit. m. J., 11. Okt. 1913.) Als besonders ungewöhnliche Erscheinung betonen Verfasser das Auftreten von entzündlichen Erscheinungen an den Purpuragebieten. Es handelte sich um einen anämischen Knaben von sechs Jahren, der 14 Tage nach dem Überstehen eines mittelschweren Scharlachs im Krankenhaus Tonsillitis und im Anschluß daran Purpura entwickelte und in drei Tagen zugrunde ging. Philippi-Salzschlirf.

Henochsche Purpura mit Intussuszeption; Laparotomie; Genesung, von S. Barling-Birmingham. (Brit. m. J., 29. März 1913.) Bericht über einen bei einem 4jährigen Knaben beobachteten Fall. Nichts Neues. Philippi-Salzschlirf.

Ein ungewöhnlicher Fall von Henochscher Purpura, von J. R. Graig-Widderminster. (Brit. m. J., 26. April 1913.) Eine 39jährige Frau, welche mit den Symptomen von Ulcus ventriculi aufgenommen worden war, entwickelte einige Wochen später Gelenkschwellungen und nach weiteren etwa drei Wochen einen ausgiebigen Ausschlag von hämorrhagischen Flecken im Verein mit intensiven Schmerzattacken im unteren Teil des Adomens. Sie starb plötzlich im Anschluß an einen Anfall von heftigem Blutbrechen.

Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Purpura abdominalis Henoch mit Rücksicht auf chirurgische Eingriffe. Vortrag gehalten in der chirurgischen Sektion des Budapester Kgl. Ärztevereins am 13. Okt. 1913, von I. Grósz-Budapest. Die Purpura abdominalis Henoch ist keine Erkrankung sui generis, sondern ein Symptomenkomplex, den Henoch schon im Jahre 1868 beschrieben hat: eine eigentümliche Form der Purpura, bei der rheumatoide Schmerzen auftreten, und zwar in den verschiedensten Gelenken, ferner Purpuraflecke in der Haut. Bald gesellen sich zu dem Krankenbilde schwere Magendarmsymptome, Erbrechen und starke kolikartige Schmerzen. Henoch betont im Anschlusse an mehrere Beobachtungen, daß zwischen dem Auftreten der Purpuraflecke und der Bauchsymptome

Digitized by Google

unbedingt ein Zusammenhang bestehen müsse. Blutungen können sich nicht nur im Darm, sondern auch in den Atmungsorganen, im Gehirn und auch in den Nieren einstellen. Den Darmblutungen gehen Bauchkrämpfe voran, in welcher Periode man sozusagen immer den Invaginationstumor, aber ohne Muskelspasmus vorfindet. Diese bedürfen in den seltensten Fällen eines Chirurgen. Nur in 3 Fällen war dies der Fall.

Porosz-Budapest.

Die viszeralen Affektionen bei Purpura und verwandten Erkrankungen, von W. Osler-Oxford. (Brit. m. J., 7. März 1914.) An der Hand einer reichen Kasuistik und unter Anführung von zahlreichen prägnanten Beispielen bespricht Verfasser die bei der Henochschen Purpura vorkommenden Komplikationen, wie zerebrale Störungen, Augenleiden, gastro-intestinale Symptome, sowie renale, pulmonale und andere pathologische Prozesse. Im allgemeinen handelt es sich fast durchweg um sehr schwere Krankheitsbilder, und die Zahl der mit Genesung endenden Fälle ist relativ klein. Wegen der Details der Krankengeschichten sei auf das Original verwiesen. Philippi-Salzschlirf.

Untersuchungen über die Blutgerinnungsfähigkeit, Viskosität und Blutplättchenzahl bei Morbus maculosus Werlhofi, von Otto Steiger. (W. kl. W., 1913, Nr. 43.) Die an zwei Fällen angestellten Untersuchungen ergaben eine starke Verminderung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes, eine herabgesetzte Viskosität und eine auffallend kleine Blutplättchenzahl. Durch Salzlösungen, Injektionen von Serum, Blut oder Pepton konnte keine günstige gerinnungsbeschleunigende Wirkung erzielt werden. Die Blutplättchenextrakte in Form der Koaguline brachten die Schleimhauthämorrhagien, namentlich die unleidliche Epistaxis, rasch zum Stehen. W. Lehmann-Stettin.

Bericht über zwei ungewöhnliche Fälle von Kinderskorbut, von E. Pritchard-London. (Lanc., 7. Juni 1913.) Das auffallendste Symptom bei dem einen, 9 Monate alten Kinde war ein sehr ausgebreitetes, hartes Ödem, das auf Druck keine Dellenbildung aufwies; bei dem zweiten, 10 Monate alt, war ein auf geringes Trauma entstandenes enormes Hämatom des Kopfes die Veranlassung, Verfasser hinzuzuziehen. Bei beiden Kindern fanden sich im übrigen einige freilich nur geringfügige skorbutische Erscheinungen, und bei antiskorbutischer Behandlung erfolgte Heilung. Philippi-Salzschlirf.

Die Entstehungsarten der Hautveränderungen bei Dermatitis symmetrica dysmennorrhoica, von L. Török-Budapest. (Bör-és Bujakórtan, Beiblatt der Orv. Ujsag, 1913, Nr. 2.) Die seit langer Zeit bestehende Polemik des Verfassers gegen Kreibich betreffend die Theorie der Angioneurosen findet in der Arbeit Matzenauers und Pollands (s. Referat Bd. 54, S. 528) neuen Nahrungsstoff, den Török sich zunutze macht.

Porosz-Budapest.

Traumatische Entzündungen.

Zur Therapie des Frosterythems und der Pernionen, von G. Blunck. (Ther. Mh., 1914, Nr. 4.) Empfehlung des Para-Monochlorphenol. cyst. als 1,0—2,5—5,0 auf Glyzerin 50,0 oder 0,5—2,5 auf Vasel. flav., Lanolin aä 25,0 oder 1,0—5,0 auf Alkohol 50,0, resp. die Binzsche Chlorkalksalbe unter Zusatz von Acid. carb. liquef. $2^1/_2$% (Acid. carb. liquef. 0,25, Calcar. chlorat. 1,0, Ungt. Paraff. ad 10,0. M. f. ungt.

Haas-Hamburg.

Biokinetische Behandlung der Pernionen, von Jacquet. (Soc. méd. des hôp., 30. Januar 1914.) Jacquet demonstriert eine junge Frau, die in wenigen Tagen von außerordentlich schmerzhaften ulzerierten Pernionen durch die biokinetische Methode befreit wurde (aktive Mobilisierung der Handgelenke, der Hände und Finger in forcierter Elevation mindestens 8mal täglich 5 Minuten lang. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Biokinetische Behandlung der Frostbeulen, von Lucien Jacquet und Debat. (Bull. méd. 1914, Nr. 20.) Die Behandlung besteht einerseits in Fernhaltung aller inneren und äußeren Schädlichkeiten, andrerseits in systematischen, alle Stunden zu wiederholenden Bewegungen. Herabhängenlassen der Arme ist zu vermeiden. Es tritt nicht nur prompte Heilung ein, sondern es werden auch Rezidive verhindert.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Behandlung der Frostbeulen mit dem galvanischen Strom, von Chuiton. (Arch. d'électr. méd., 1913, Nr. 352.) Die beiden Hände oder Füße werden in zwei Bäder mit Salzwasser gesteckt, und in das Wasser wird ein galvanischer Strom geleitet, der so hoch genommen wird, als ihn der Kranke aushält. Bei entzündeten Frostbeulen werden 5—6 Milliampere nicht überschritten. Die Sitzung dauert 20 Minuten und wird täglich wiederholt. Nach 10 Minuten wird der Strom gewendet.

A. Gunsett-Straßburg.

Gefäßparalytische Kältegangrän, von Wieting-Konstantinopel. (Zbl. f. Chir., 1913, Nr. 16.) Nach Marchand unterscheiden wir zwei Formen der Kältewirkung. 1. Das wirkliche „Abfrieren", bei dem der Gewebstod durch die Kältewirkung als solche zustande kommt. 2. Die „ischämische Gangrän", bei der die arterielle Zirkulation bis zur völligen Absperrung des arteriellen Blutes durch Gefäßkontraktion sistiert ist, und die Ischämie den Gewebstod zur Folge hat. Bei den Fällen von Erfrierung in unsern gemäßigten Klimaten trifft zumeist das letztere zu. Der Verfasser hatte nun im türkisch-bulgarischen Kriege Gelegenheit, eine außergewöhnlich große Zahl von Fußerfrierungen zu beobachten, und zwar fast in allen Graden. A. solche mit anatomisch kaum sichtbaren Veränderungen und nur starkem subjektivem Juckgefühl, B. mit stärkerer Rötung und Schwellung unter dem Bilde der Frostbeulen, C. mit Blasenbildungen, D. mit tieferen Zirkulationsstörungen und infolge davon Blaufärbung der Zehenkuppen, Blasenbildung an der Basis und Ödem. Fälle mit Blaufärbung bis zum Mittelfuß hinauf mit mäßig herabgesetzter Temperatur erholten sich alle, war aber die Temperatur stark herabgesetzt an den blaugefrorenen Zehen, die oft eine bleigraue Färbung annahmen, dann bedeutete das „Gangrän". Dazu kamen noch sehr häufig Entzündungsprozesse und Fieber infolge sekundärer Infektion bei Rhagadenbildung oder von den jauchig gangränösen Teilen aus. Wieting zählt nun die Mehrzahl seiner Fälle zu den ischämischen, die aus einem etwas protrahierten Stadium der Kältewirkung hervorgingen, mit Gefäßlähmungen, veranlaßt durch schwere Schädigungen der Gefäßinnervationen, mit schließlicher Stase und Thrombose. Es waren nämlich nicht extrem niedrige Kältegrade, die zu den Erfrierungen geführt hatten, sondern zumeist der Umstand, daß die Soldaten tagelang in Nässe und Schmutz gestanden hatten, wochenlang ohne Gelegenheit, die Füße aus den Stiefeln und der festen Umschnürung der Beinwickelbinde zu bringen.

Dazu kam, daß es zumeist unterernährte oder von Dysenterie usw. erschöpfte Leute waren; die Fälle mehrten sich auch ungemein mit dem Auftreten von Cholera und Ruhr unter den Truppen und dann wieder, als dieselben die befestigten Lager in der Tschadaldscha-Linie bezogen hatten.

Von dem Ernährungszustande hängt auch die Prognose wesentlich ab. Therapeutisch empfiehlt der Verfasser äußerst konservativ zu sein und nur bei bestehender Phlegmone oder drohender Vergiftung infolge von jauchigem Zerfall operativ einzugreifen; sonst belohnt sich selbst bei sehr starken Schmerzen das Abwarten. Warme Einpackung in Watte, ev. Jodpinselung oder Dermatol oder Jodoform, Hochlagerung mit Bewegungsmöglichkeit, Ausschalten jeglichen Druckes oder Abschnürung (keine Schienen).

Über die pathologischen Vorgänge haben die an amputierten Gliedern angestellten keine wesentliche Aufklärung gebracht.

Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Physiologisch-pathologische Untersuchungen über das isolierte revivesziierende Herz, von A. Cesaris-Dewel-Pisa. (L'Attualita Med., 1912.) Läßt man es durch isolierte pulsierende Herzen zirkulieren, so erweist sich das Blut von Tieren, die starke Verbrennungen erlitten haben, toxisch. Die Giftigkeit nimmt nach der Verbrennung fortwährend zu. Die Gifte, die man infolge von Verbrennungen im Blute nachweisen kann, haben also einen histogenen Ursprung.

Herzen von Tieren, die eine Verbrennung erlitten hatten oder infolge einer Verbrennung gestorben waren, zeigten, wenn man sie, vom Körper getrennt, künstlich pulsieren ließ, eine normale Funktion. Bei infolge von Verbrennungen gestorbenen Kaninchen konnte Verfasser noch mehrere Stunden nach dem Tode die Reviveszenz des Herzens herbeiführen. Das Herz reagierte auf reizende oder lähmende Stoffe in derselben Weise wie normale Herzen. Einer perfekten funktionellen Integrität entspricht eine perfekte anatomische Intaktheit.

Die toxische Lehre genügt also nicht, um den Herzstillstand selbst infolge ganz schwerer Verheerungen zu erklären. K. Rühl-Turin.

Die Behandlung der Brandwunden vermittels der Heliotherapie, von A. Aimes. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 88.) Der Verfasser erhielt bei zwei Fällen von Verbrennungen, von denen der eine älteren Datums mit bereits vorhandener Vernarbung, der andere frisch war, Resultate, welche er mit keiner anderen Methode erzielt hätte. Die Sonne wirkt einerseits bakterizid, andererseits exzitierend, indem sie eine aktive Gefäßerweiterung und mit ihr vermehrte Lebensvorgänge schafft, welche für die Wiederherstellung der Gewebe günstig sind und das Wachstum der Mikroorganismen ungünstig beeinflussen. Auch die analgesierende Wirkung der Sonnenstrahlen kommt als Faktor in Betracht. Die Narbenbildung ist unter ihrem Einfluß sehr zufriedenstellend. Die Bestrahlung soll direkt ohne Zwischenschiebung von Glas, Gaze oder Fetten geschehen und progressiv dosiert werden. Der Kopf muß immer geschützt werden. A. Gunsett-Straßburg.

Bemerkungen zu der Sonnenbehandlung der Brandwunden, von Miramond De Laroquette. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 96.) Der Verfasser glaubt, daß die ultravioletten Strahlen des Sonnenlichtes nicht die Hauptsache dieser Behandlung sind. Die Wärmewirkung ist viel eher maßgebend. Mit der heißen Luftdusche oder einer elektrischen Glühbirne, die arm an chemischen Strahlen ist, kann man die Vernarbung von Wunden und Verbrennungen ebensogut beschleunigen, und man hat dieselben Erfolge wie mit Sonnenlicht. A. Gunsett-Straßburg.

Die Sonnenbehandlung der Brandwunden, von Oscomos. (Soc. des sc. méd. de Montpellier, 12. Dez. 1913.) Der Verfasser hatte bei derselben Kranken zwei zeitlich verschiedene Brandwunden zu behandeln. Die eine wurde trocken behandelt und dauerte über ein Jahr, die zweite wurde mit direkter Heliotherapie behandelt (26 Sitzungen von 2—6 Stunden Dauer) und heilte mit befriedigender Narbe in viel kürzerer Zeit. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Behandlung frischer Wunden und schwerer Verbrennungen, von Georg Schöne-Greifswald. (M. Kl., 1913, Nr. 26.) In der Erörterung allgemeiner Grundsätze bei der Behandlung frischer, akzidenteller Wunden kommt der Verfasser zu folgenden zwei Grundprinzipien: 1. aseptische Schonung der Wunde und 2. radikale Exstirpation der Wunde im Gesunden. Wir können hier nur etwas näher auf die schweren Brandwunden eingehen, denen Schöne eine Ausnahmestellung zuerkennt; bei diesen sind wir über den wirklich ätiologischen Moment für den letalen Exitus noch im unklaren und stehen deshalb der therapeutischen Frage besonders ratlos gegenüber. Während Tschmarke in der Infektion der Wunden das zum Tode führende kausale Moment sieht, haben Heide, Pfeiffer u. a. hervorgehoben, daß die Vergiftung des Organismus geschehen könne durch Resorption

Digitized by Google

von — vielleicht unter Mitwirkung des lebenden Gewebes — in den Partien gebildeter Substanzen, deren Giftigkeit experimentell von ihnen nachgewiesen wurde. Heidr hat, auch auf diesem Boden stehend, eine sehr fein ausgedachte Hypothese der Spättodesfälle nach Verbrennungen (besonders bei Kindern) als Folge eines anaphylaktischen Shocks aufgestellt, den Heide durch Darreichung von Chlorkalzium zu vermeiden hofft. In praxi wird man beiden Anschauungen über das Wesen des Verbrennungstodes Rechnung tragen, wenn man sich zu einer primären gründlichen Desinfektion der verbrannten Gewebspartien entschließt, indem man dadurch der Sepsis und auch zum Teil der Resorption aseptischer Verbrennungsgifte vorbeugt. Natürlich ist dieser Entschluß bei ausgedehnten Verbrennungen schon zweiten Grades, besonders aber bei denen dritten Grades sehr schwer und vielleicht nicht ganz unbedenklich, da die Ausführung ev. Shockwirkungen beschleunigen kann. Schöne hat aber von seinem Verfahren wiederholt so gute Erfahrungen gesehen, daß er empfiehlt: In leichter Äthernarkose werden die verbrannten Partien energisch mit heißem Seifenwasser und Bürste abgerieben, die verbrannte Epidermis in toto entfernt, dann mit 60% Alkohol abgewaschen und ein aseptischer Verband mit glatten Gazelagen und dickem Watteschutzverband angelegt. Gewechselt wurden innerhalb der ersten 14 Tage nur die von der starken Sekretion durchtränkten äußeren Verbandschichten; nach 14 Tagen bis drei Wochen fielen die der verbrannten Haut anliegenden Gazeschichten fast von selbst ab, und es zeigte sich eine primäre Heilung unter dem Verbandschorf. Als Hilfsmittel dienten nur wegen der starken Sekretion gelegentlich subkutane Kochsalzinfusionen. Lasch-Breslau.

Über die Alkoholanwendung zur Behandlung der Verbrennungen, von M. J. Breitmann-Petersburg. (Ther. Mh., 1913, Heft 12.) Als ein einfaches, wohlfeiles und sehr leicht zu beschaffendes Heilmittel bei Verbrennungen des ersten und zweiten Grades ist ein Bad oder Verband mit 60—70%igem Alkohol.

Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Versuche mit Noviform besonders bei Verbrennungen, von O. Sachs. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 29.) Das Noviform wurde in Stäbchen- und Salbenform, sowie als Suspension verwendet und zwar stets in 10%iger Konzentration. Wegen seiner Unlöslichkeit ist es im Gegensatz zu anderen Wismutverbindungen völlig unschädlich. Die an sich trockenen Wunden bleiben durch das Noviform trocken und bieten hinzukommenden Bakterien keinen Nährboden, den eiternden Wundflächen entzieht hingegen das Mittel die für das Leben der Bakterien notwendige Feuchtigkeit. Die hauptsächlichsten Anwendungsgebiete waren frische und infizierte Wunden, tuberkulöse Fisteln und Brandwunden. Besonders für die Therapie der Verbrennungen ist das Noviform ein sehr beachtenswertes Mittel. Georg Heymann-Elbing.

Verschiedenes.

Der Chemiker Dr. Alfred Bertheim, Mitglied des Georg Speyer-Hauses in Frankfurt a. M., ist gestorben. Er hat die chemische Synthese des Salvarsans ausgeführt und u. a. ein Handbuch der organischen Arsenverbindungen verfaßt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. September 1914 | Nr. 37 | Band 59

Untersuchungen über den Liquor cerebrospinalis in bezug auf die Beteiligung des Nervensystems bei der sekundären Syphilis.

Von

Udo Julius Wile, A.B., M.D., und John Hinchman Stokes, A.B., M.D.,

Professor der Dermato-Syphilidologie im Department of Medicine and Surgery der Universität von Michigan zu Ann Arbor.

Hausarzt der Abteilung für Dermatologie und Syphilidologie im Department of Medicine and Surgery der Universität von Michigan zu Ann Arbor.

(Übersetzt von Dr. A. Philippi, Salzschlirf.)

Die Anschauung, daß das zentrale Nervensystem im Verlaufe der Syphilis erst ganz spät befallen werde, und daß die diversen Formen der Zerebrospinalsyphilis Symptome des tertiären Stadiums des Leidens repräsentieren, kann heutigentages nicht mehr als haltbar bezeichnet werden. Daß dem Nervensystem eine eigentümliche Neigung zu Latenzprozessen und zu einer langsamen, schleichenden Entwicklung der Krankheit innewohnt, ist allerdings auch eine nicht zu leugnende Tatsache. Bei jedem Syphilitiker aber wird über sein Los, was das Einsetzen einer zerebro-spinalen Lues betrifft, einerlei ob dies frühzeitig oder erst spät im Verlauf des Leidens deutlich manifest wird, wahrscheinlich schon in den allerersten Monaten nach erfolgter Infektion entschieden.

Zweifellos hängt das Einwandern der Spirochaeta pallida in das Nervengewebe von mehreren verschiedenen Faktoren ab. Die individuelle Empfänglichkeit, eine hereditäre neuropathische Belastung, Alkoholismus und traumatische Einwirkungen werden alle mit in Rechnung zu stellen sein. Überdies kann eine besondere Überanstrengung des Organismus (wenigstens unserer theoretischen Auffassung nach) auch eine Rolle spielen bei der Bestimmung der Lokalisation des Krankheitsprozesses am Nervensystem. Daß gewisse Serien von Individuen, deren Infektion aus einer und derselben Quelle stammt, zu einer derartigen Beteiligung des Nervensystems eine besondere Neigung aufweisen, ist eine durch die klinische Beobachtung fest begründete Tatsache. Wir sind bei unserer Unkenntnis der Lebensgeschichte der Spirochaeta noch nicht in der Lage, mit Bestimmtheit uns über die verschiedenen Stämme derselben zu äußern. Daß aber bei einem und demselben Stamme und Kultur sich Organismen von sehr großer Verschiedenheit in bezug auf den Grad der

Digitized by Google

Virulenz, der Resistenz und namentlich der Vitalität vorfinden, ist eine Beobachtung, welche von allen Forschern, die an der lebenden Spirochaeta pallida Untersuchungen angestellt haben, bestätigt werden wird. Uns will es scheinen, daß eine Erklärung für die selektive Wirkung dieses Organismus gewissen Körpern gegenüber sich im Laufe der Zeit wird erbringen lassen durch die Erkenntnis seiner Lebensgeschichte und den Nachweis von mehreren, unterschiedlichen Stämmen. Ein gelegentliches Ergriffenwerden des Nervensystems schon in den ersten Monaten der syphilitischen Infektion hat man klinisch schon in den frühesten Zeiten, als man sorgfältige Beobachtungen anstellte, nachgewiesen. Umschriebene Lähmungen, Symptome der basalen Meningitis und Hemiplegien hat man in ganz frühen Stadien des Leidens kennen gelernt, aber man deutete sie eher als Zeichen einer besonders rapiden Entwicklung denn als einen Teil des sekundären Syndroms. Erst als man Untersuchungen an der Rückenmarksflüssigkeit schon während der Frühperioden der Krankheit auszuführen begann, wurde die Aufmerksamkeit auf die echte, frühzeitige Beteiligung des Nervensystems bei der Syphilis hingelenkt.

Die ersten diesbezüglichen Beobachtungen wurden von Ravaut (1), Widal und Sicard (2) publiziert, welche sogar schon vor der Anwendung der Wassermannschen Reaktion auf Grund ihrer Befunde ausgesprochene chemische und zelluläre Veränderungen an der Zerebrospinalflüssigkeit der Syphilitiker nicht nur in den späten, sondern auch in den frühen Stadien beschrieben. Ravaut hat wohl seine Untersuchungen auf diesem Gebiete weiter durchgeführt als irgend ein anderer Beobachter. In einer im Jahre 1903 veröffentlichten Monographie, welche den gleichen Titel trägt wie unsere Arbeit, berichtet er über einen sehr hohen Prozentsatz der Beteiligung des Nervensystems schon zu Anfang der Sekundärperiode. In einer persönlichen Mitteilung an den einen von uns schrieb er im vorigen Sommer, daß nach seinen Feststellungen das Nervensystem bei 60—70% aller Fälle schon während des Sekundärstadiums affiziert sein dürfte.

Auf Grund einer ausführlichen Prüfung kamen Engman, Gorham, Buhman und Davis (3) 1913 zu dem Resultate, daß das Nervensystem während der ersten 2 Jahre der Infektion bei weniger als 10% der Fälle ergriffen werde. Unter allen ihren Patienten mit frühzeitiger Beteiligung fand sich keiner mit gleichzeitigen akuten Hautläsionen.

Altmann und Dreyfus (4) fanden bei der Untersuchung einer Serie von 8 Fällen, welche nichts weiter als ein Primärgeschwür darboten, schon bei 2 Kranken eine Beteiligung des Nervensystems. Unter 36 Fällen von Syphilis im Sekundärstadium fanden sie nur 22 Personen, bei denen man die Spinalflüssigkeit als vollständig normal bezeichnen konnte, was einer Beteiligung von 61% entspricht.

Digitized by Google

Einer Anregung von Hrn. Dr. Ravaut folgend, unternahmen wir zu Anfang dieses Jahres planmäßig die Spinalpunktion bei allen im primären und sekundären Stadium zur Beobachtung kommenden Fällen, um für unsere eigene Person über die Häufigkeit der Beteiligung des Nervensystems in den Frühstadien des Leidens Anhaltspunkte zu gewinnen. Eine Beschreibung der zur Anwendung gelangten Methoden folgt weiter unten. Bei mehreren unserer ersten Fälle wurde die Spinalflüssigkeit im Dunkelfeld auf Spirochäten untersucht; jedoch niemals mit einem positiven Resultate. Den gleichen Mißerfolg melden auch alle anderen Beobachter mit Ausnahme von Dohi und Tanake (5), welche bei einem Patienten mit papulösen Syphiliden den Organismus nachweisen konnten. Diesem Befunde gegenüber stehen die negativen Resultate von Widal (6) und Ravaut (1), Libert, Rosenburger (7), Gordon, Buschke, Fischer u. a. Caucher und Merle (8) berichten, die Spirochaeta pallida in der Zerebrospinalflüssigkeit bei der Autopsie eines Falles von syphilitischer Hemiplegie angetroffen zu haben.

Bei genauerer Prüfung findet man tatsächlich keinen plausibeln Grund, weshalb das Nervensystem nicht schon frühzeitig im Verlauf des Leidens von den Spirochäten besetzt oder zum wenigsten angegriffen werden sollte. Brissaud hat die Bemerkung vorgebracht, daß das syphilitische Virus eine besondere Vorliebe für die ektodermalen Strukturen besitzt. Wenn wir uns vergegenwärtigen, daß in den Frühstadien der Krankheit die syphilitische Infektion auf hämatogenem Wege erfolgt, kann man sich kaum vorstellen, wie es gerade für das Nervensystem möglich wäre, verschont zu bleiben. Man darf auch von vornherein nicht vergessen, daß ein zu einer bestimmten Zeit erhobener negativer Befund von zwei verschiedenen Standpunkten aus genau geprüft werden muß: erstens wäre es möglich, daß die Übertragung zurzeit noch nicht erfolgt ist, und zweitens könnte dieselbe noch nicht von genügender Ausdehnung sein, um eine durch praktisch anwendbare Methoden nachweisbare meningeale Reaktion hervorzurufen. Ravaut hat es beobachtet, wie ein negativer Befund bei einer späteren Punktion zum positiven umgeschlagen war, sogar ohne Vorhandensein von Symptomen einer Nervenaffektion.

Ravaut gibt eine tabellarische Übersicht seiner Resultate, um die Beziehungen zwischen der Art der Hautläsion und der Affektion des Nervensystems zu demonstrieren. Er untersuchte 84 im sekundären Stadium der Syphilis befindliche Frauen. Von diesen hatten 36 keine weiteren Symptome oder nur eine geringe Roseola, während die anderen Kranken dieser Gruppe Symptome einer Reaktion seitens des Nervensystems darboten. Von 36 Kranken mit papulösen Syphiliden oder mit pigmentierten Syphiliden ließen 26 durch bestimmte Symptome erkennen,

Digitized by Google

daß auch das Nervensystem gelitten hatte. Es darf allerdings nicht unerwähnt bleiben, daß die meisten dieser Kranken nur einer einzigen Untersuchung unterzogen wurden, und RAVAUT gibt selbst zu, daß die bei geringen Läsionen konstatierten negativen Befunde sehr wohl zu einer späteren Periode sich als positive ausgewiesen haben könnten. Bei den 10 Fällen von papulösen und pigmentierten Syphiliden, welche keine Reaktion seitens des Rückenmarks aufwiesen, erklärt er es für unmöglich, zu sagen, ob dieselbe schon wieder etwa vergangen wäre, oder ob sie andererseits sich nicht bei einer späteren Gelegenheit noch einstellen könnte. Bei den anderen 3 Kranken wurde die Punktion erst sehr lange Zeit nach erfolgter Infektion ausgeführt, und die Spinalflüssigkeit erwies sich dabei als normal. Die Möglichkeit, daß die Länge der nach der Entstehung der Läsion verflossenen Zeit bei diesen 3 Fällen das negative Ergebnis als wesentlicher Faktor mit bedingt haben könnte, wird nahegelegt durch Beobachtungen von LA PERSONNE, OPIN und LESOURD (9) an 2 Fällen von sekundärer Optikusatrophie, bei denen beiden anfangs eine ausgesprochene Reaktion konstatiert wurde; späterhin dagegen, als die Kranken wegen einer gleichzeitigen alten Chorioretinitis behandelt worden waren, fiel die Punktion vollständig negativ aus. RAVAUT stellte als im allgemeinen zutreffend die These auf, daß Syphilitiker, welche ausgedehnte Hautläsionen von infiltrativer Art aufweisen, auch sehr zu meningealen Affektionen neigen. Namentlich bei den Pigmentsyphiliden ist diese meningeale Reaktion besonders ausdauernd. Umgekehrt bleibt im allgemeinen die meningeale Reaktion aus bei denjenigen Kranken, welche keine akuten Symptome aufweisen, nur eine geringe Roseola darbieten oder Läsionen von im ganzen nur kurzdauernder Art entwickeln. RAVAUT sagt ferner, daß hartnäckige sekundäre Syphilide bei der Mehrzahl der Fälle als Begleiterscheinung eine Reaktion seitens des Zentralnervensystems im Gefolge haben. Natürlich hat diese Parallele nur schematischen Wert.

Bei diesen Fällen ist die Lumbalpunktion mit keinerlei Gefahren verbunden. Allerdings stellen sich die Symptome des Meningismus bei einigen wenigen Patienten ein, indem ein kleiner Prozentsatz an Erbrechen und einer geringen Temperatursteigerung leiden. DREYFUS, der bei 13% seiner Fälle eine derartige Reaktion konstatierte, verzeichnet die Wahrnehmung, daß die Störungen meistens bei Fällen mit vollständig normalem Liquor vorkamen. RAVAUT dagegen behauptet, daß diese Reaktion sich am häufigsten bei vorhandener Affektion des Liquor vorfindet. Er behauptet vom Standpunkt der Symptomatologie aus, daß die Intensität der entstehenden Kopfschmerzen während der Sekundärperiode durchaus nicht mit dem Grade der Reaktion im Liquor cerebrospinalis

Digitized by Google

parallel verläuft. Der eine an Kephalalgie leidende Luiker kann eine sehr markante Reaktion aufweisen, während ein anderer mit den gleichen Symptomen keine Reaktion darbietet.

Was die relative Bedeutung der objektiven Befunde in der Spinalflüssigkeit betrifft, so haben Widal und Lesourd (10) ebenso wie Brissaud und Bricy (11) gefunden, daß in der Regel eine Lymphozytose die konstanteste Erscheinung bildet in Verbindung mit den auf das zentrale Nervensystem zu beziehenden Symptomen.

Unser Material und unsere Methoden.

Das Material für diese Untersuchung bestand insgesamt aus 36 Fällen, welche sämtliche Formen der sekundären syphilitischen Läsionen und auch mehrere Spätrezidive sowie rapid verlaufende maligne Formen des Leidens umfaßten. In allen Fällen konnten wir eine positive objektive Diagnose aus den Läsionen stellen, und die Wassermannsche Blutreaktion wurde nur zum Zwecke der Bestätigung und zum Vergleiche mit dem Befunde am Liquor ausgeführt. Die Blutreaktion war bei 34 Fällen stark positiv; bei den anderen 2 Fällen sind die Aufzeichnungen abhanden gekommen. Von Anfang an wurden in den Protokollen Bemerkungen über die bei den Kranken vorhandenen eruptiven Läsionen verzeichnet sowie etwaige von den Kranken angegebene Symptome, die auf das Vorhandensein einer Beteiligung des Zentralnervensystems hindeuten könnten, und ferner Notizen über die Druckverhältnisse im Liquor, dessen Gehalt an Zellen und Albumen sowie über das Resultat der Untersuchung auf Spirochäten und der Wassermannschen Reaktion am Blute und dem Liquor. Aufzeichnungen über die Reaktionsart der Kranken der Punktion gegenüber und über die vorhergegangene Therapie wurden ebenfalls eingetragen. Bei jeder Punktion wurde ungefähr 5 ccm Flüssigkeit entnommen, die dann in drei Portionen verteilt wurde, von denen die erste für die Zellzählung, die zweite für die Wassermannsche Reaktion und die dritte zur Bestimmung des Gehalts an Albumin und Globulin verwendet wurden. Für diese letzte Bestimmung kam die einfache Kochprobe in Anwendung, da wir dies den bekannten, aber komplizierteren Methoden der getrennten Bestimmung des Globulins und Albumins vorzogen, nachdem Widal und Ravaut gefunden haben, daß eine Vermehrung sich auf diese Weise leicht und einfach nachweisen läßt. Eine geringe Opaleszenz beim Kochen des Liquors ist bekanntlich eine ganz normale Erscheinung. Ein geübtes Auge gewöhnt sich schnell daran, selbst unbedeutende Abweichungen von der Norm prompt zu erkennen. Während wir anfangs den Zellinhalt durch Anfertigung und Färbung von Ausstrichpräparaten von der zentrifugierten Flüssigkeit be-

Digitized by Google

stimmen, führten wir nach den ersten zwei Untersuchungen dieser Art eine genaue Zellzählung durch. Die Verwendung von Essigsäure als hämolytisches Agens zur Beseitigung der wenigen roten Blutkörperchen, die sich gelegentlich vorfanden, erwies sich als wenig befriedigend, und einer von uns erprobte auf der Suche nach einem zuverlässigeren Differenzierungsmittel für die weißen Blutkörperchen im ferneren Verlauf der Arbeit eine, wie ihm scheint, neue Anwendungsweise einer alten Blutzählmethode, wobei sich sehr zufriedenstellende Resultate ergaben. Es handelte sich einfach um einen Zusatz von 1—2 Tropfen Unnasches polychromes Methylenblaufärbemittel auf etwa 2 ccm des Liquor, worauf man einen Tropfen dieser Mischung in die Zählkammer bringt und einige Minuten stehen läßt. Die leukozytären Gebilde nehmen die basische Färbung gut an und lassen sich dann mit sehr willkommener Leichtigkeit und Genauigkeit unterscheiden. Die durch das Färbemittel bedingte geringfügige Verdünnung kommt nicht in Betracht und läßt sich auch bei der ganzen Serie von Zählungen leicht konstant erhalten.

Im Verlaufe der Untersuchungen stellte es sich des weiteren heraus, daß eine Prüfung der Gehirnnerven einige wichtige Tatsachen betreffs des Befallenseins der Nervenzentren, sowohl was die Ausdehnung als auch die Art der Läsionen betrifft, erkennen zu lassen imstande sein dürfte, und wir gingen demgemäß auch daran, mit Hilfe von Professor Walter R. Parker bei 26 von den 36 Fällen eine systematische Untersuchung des Augenhintergrundes vorzunehmen. Wir glauben, daß diesen Untersuchungen ein ganz besonderer Wert beigelegt werden darf, denn die anatomischen Beziehungen und der Charakter des Nervus opticus und der Retina, die doch vielmehr Teile des Zentralnervensystems als der peripheren Nerven bilden, bewirken, daß die ophthalmoskopische Untersuchung dieser Gebilde beinahe an die objektive Prüfung des Gehirns selbst heranreicht. Zu einer etwas späteren Periode überzeugten wir uns von der Wichtigkeit einer genauen Erforschung des achten Gehirnnerven bei Fällen auch, die ohne etwaige dem Patienten erkennbare Symptome einhergingen; und Professor R. Bishop Canfield hatte die Güte, bei der Ausführung von Gehörprüfungen und der Untersuchung der Vorhofsorgane bei 13 Fällen in der zweiten Hälfte der Serie uns zu unterstützen. Ferner hat das Vorkommen einer Lähmung des Fazialis nach Bellschem Typus bei zwei von unseren späteren Fällen uns den wahrscheinlichen Wert einer vollständigen neurologischen Untersuchung für spätere Forschungen nahegelegt, ohne Rücksicht auf die von dem Patienten angegebenen Beschwerden, und eine Reihe von derartigen Prüfungen hat Professor Carl D. Camp in Ann Arbor jetzt freundlicherweise durchzuführen begonnen. (Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 119, Teil 2, Heft 1, Juni 1914.

1. Über Hauterscheinungen bei Aspiringebrauch, von Alfred Kraus-Prag. Verf. hat ein paar Beobachtungen gemacht, die er mitteilt und aus denen hervorgeht, daß nach Aspiringebrauch bei gewissen Personen knötchen- und bläschenförmige Eruptionen entstehen können, welche einerseits auf vorher gesunder Haut sich entwickelnd, klinisch ins Gebiet des Ekzema sudamen zu gehören scheinen, daß anderseits nach Aspirin an einem bereits bestehenden Ekzema sudamen zunächst eine Steigerung der entzündlichen Erscheinungen sich feststellen läßt. Die Exantheme scheinen nach Art anderer sogenannter fixer Arzneiexantheme die Eigentümlichkeit zu haben, bei wiederholter Verabreichung des Medikaments mit Vorliebe an schon früher befallenen Stellen wieder aufzutreten.

2. Zur Frage der kombinierten Behandlung von Hautkarzinomen, von Joh. Fabry-Dortmund. In Ergänzung einer früheren Arbeit betont F., daß er keinen Anspruch darauf erhebe, das Verfahren als erster angegeben zu haben; zugleich teilt er einiges über die weitere Beobachtung des bereits publizierten Materials mit. Trotz einiger Rezidive hält er Gefrierung und Röntgenbestrahlung für die beste Methode zur Behandlung der in der Nähe des Auges lokalisierten, manchmal auf die Konjunktiva des Lides übergreifenden und schwer zu operierenden Hautkarzinome.

Bd. 120, Heft 1, Mai 1914.

1. Über Haemangioendothelioma tuberosum multiplex und Lymphangioendothelioma tuberosum multiplex (Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi), von Östreich und Edmund Saalfeld-Berlin. Genaue Mitteilungen von 4 einschlägigen Fällen mit histologischen Untersuchungen, aus denen Verf. folgende Schlußforderungen ziehen: Bezüglich des makroskopischen Befundes ist zu sagen, daß dem Haemangioendothelioma tuberosum multiplex und dem Lymphangioendothelioma tuberosum multiplex (Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi) gemeinsam die Multiplizität der Knoten ist, ferner der Mangel an subjektiven Beschwerden. Der Unterschied beider Geschwulstarten ist vor allem durch die Farbe gegeben. Der große Gehalt an Blutgefäßen beim Haemangioendothelioma tuberosum multiplex zeigt naturgemäß eine sehr rote resp. rotbraune resp. zyanotisch-rote Färbung, beim Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi ist der Inhalt der Hohlräume farblos resp. wenig grau durchscheinend: das ergibt für die makroskopische Betrachtung im allgemeinen eine grauweiße Färbung. Die auch in der normalen Haut vorhandenen Blutgefäße können dieser Färbung ein leichtes Rosarot geben. Der mikroskopische Befund zeigt als allgemeinen Bestandteil bei beiden Geschwulstarten die sehr charakteristische Wucherung der Endothelien, welche teils völlige Stränge, teils Kanäle, teils zystische Räume bilden. Die Unterscheidung der beiden Geschwulstarten ist durch den Inhalt der Hohlräume bedingt: beim Haemangioendothelioma tuberosum multiplex Blut, beim Lymphangioendothelioma tuberosum multiplex Lymphe. Als Ausgangspunkt des Hämangioendothelioms sind die Blutkapillaren im oberen Teil der Kutis, als Ausgangspunkt des Lymphangioendothelioms sind die Lymphspalten und die Lymphkapillaren im oberen Teil der Kutis zu betrachten.

2. Über die Leukämie der Haut, von Robert Bernhardt-Warschau. Sieben in extenso mitgeteilte Beobachtungen, von denen zwei als Leucaemia lymphatica und

Digitized by Google

fünf als sogenannte Pseudoleucaemia zu bezeichnen waren, nebst umfangreichen mikroskopischen Untersuchungen in sechs dieser Fälle. Verfasser macht keinen prinzipiellen Unterschied zwischen Pseudoleukämie und Leukämie, und zwar besonders weil die dermato-pathologischen Veränderungen in beiden Fällen vollständig identisch sind. Die Hautveränderungen teilt Verfasser in zwei Gruppen. Die eine umfaßt die knotenartigen Bildungen, die sogenannten leukämischen Tumoren, und die zweite viel umfangreichere Gruppe umfaßt die mehr diffusen, manchmal generalisierten Hautveränderungen von dem Typus einer Erythrodermie, deren Aussehen sich der Dermatitis exfoliativa Wilson-Brocq nähert oder was noch häufiger — deren Verlauf einer Pityriasis rubra Hebrae ähnlich ist. Sie sind gewöhnlich von Jucken begleitet. Solchen Erythrodermien begegnen wir gewöhnlich bei der Pseudoleukämie.

Verfasser möchte zu den leukämischen Hautveränderungen noch papillomatöse Bildungen zählen, welche manchmal so dicht auf größere Flächen zerstreut sind, daß sie der Haut ein chagriniertes Aussehen verleihen, manchmal wieder gruppenförmig angeordnet runde graugrünliche Inseln bilden. Aus diesen papillomatösen Bildungen entstehen häufig leukämische Tumoren von besonderem Typus.

3. Die Serumdiagnose der Syphilis mit aktivem Serum, von N. A. Tschernobugow-Moskau. Aus seinen Untersuchungen zieht der Verfasser den Schluß, daß eine Neigung der aktiven Seren, nichtspezifische Serumreaktionen zu geben, kaum anzunehmen ist, nur daß, falls sie vorhanden sein sollten, es doch nur in demselben Grade wäre, wie bei den inaktivierten Seren, nur mit dem Unterschied, daß infolge der größeren Empfindlichkeit der aktiven Methode diese nichtspezifischen Reaktionen hier etwas öfter und schärfer zutage treten können. Jedenfalls kann von nichtspezifischen Reaktionen bei der Benutzung inaktivierter Seren nur als von sehr seltenen Ausnahmen geredet werden. Darum ist es in vielen Fällen fast gleichgültig, ob mit aktivem oder inaktivem Serum gearbeitet wird.

4. Zur Frage des Prostatasekretes, von Max Strassberg-Wien. Bei zahlreichen sicher gesunden Leuten wurden Untersuchungen des Prostatasekretes vorgenommen, aus denen Verfasser die folgenden Schlußsätze zieht: 1. Das normale Prostatasekret ist in der Mehrzahl der Fälle bei geeigneter Technik durch Massage exprimierbar und enthält nur vereinzelte Leukozyten. 2. Die lipoiden, hyalinen und granulierten Bestandteile des exprimierbaren Sekretes sind Abkömmlinge der Epithelzellen, die letzteren vielleicht Zerfallprodukte derselben. 3. Die Prostatalipoide sind wahrscheinlich chemisch zusammengesetzte Gebilde, die zum Teil auch Cholestearin enthalten. 4. Die Annahme Bjoerlings bezüglich der Abstammung der granulierten Prostatakörnchen von den Leukozyten, speziell die einer amöboiden Bewegung der granulierten Körnchen, beruht auf Täuschung. 5. Die von Fischl und Kreibich behauptete Identität der Weskischen Sekretkugeln mit den granulierten Prostatakörnchen besteht nicht. 6. Wir haben im mit Methylenazur und Heidenhains Eisenhämatoxylin gefärbten Prostatasekret außer den lipoiden, hyalinen und granulierten Körnchen als vierte Art von Prostatakörnchen die bisher nur im Drüsenepithel bekannten Weskischen Sekretkugeln gefunden.

5. Über Nervensymptome bei frischer Syphilis, von Otto Leopold-Breslau. An der Hautabteilung des Allerheiligenhospitals in Breslau wurden Untersuchungen in der Weise angestellt, daß bei Patienten mit Syphilis vor dem Beginn einer spezifischen Behandlung ein genauer Nervenstatus aufgenommen und mit wenigen Ausnahmen auch die Lumbalpunktion gemacht wurde. Die an 67 Patienten vorgenommenen Untersuchungen haben ergeben, daß auch klinisch sehr häufig Veränderungen am Nervensystem nachweisbar sind. Diese Beteiligung des Nervensystems findet sich meist bei starker Allgemeininfektion mit starken sichtbaren Luessymptomen. Die Frage, ob die schon in der

Digitized by Google

Frühperiode am Nervensystem erkrankten Luetiker die Kandidaten der späteren Tabes und Paralyse sind, wird sich ohne weiteres nicht entscheiden lassen. Es liegt zwar nahe, daß diese Patienten wahrscheinlich ein labileres Nervensystem haben als andere Luetiker und zum Teil auch später leichter wieder daran erkranken werden, andererseits ist nicht einzusehen, warum die luetischen Prozesse im Nervensystem nicht ebenso wie die unserer Beobachtung zugänglicheren Luesprozesse an der Haut und den Schleimhäuten sich restlos zurückbilden sollten. Jedenfalls ist unsere Kenntnis von dem Befallensein des Nervensystems in der Frühperiode der Lues und deren genaueste klinische Beachtung für die Prognose sowie für die Therapie von ganz eminenter Wichtigkeit.

6. Der Diplococcus crassus als Erreger von Urethritis und Epididymitis, von Harry Koenigsfeld und M. Salzmann-Breslau. Mitteilungen eines Falles, bei dem sich semmelförmige Diplokokken, sowohl gramnegative wie grampositive Exemplare fanden. Nach den bakteriologischen Untersuchungen handelt es sich um den Diplococcus crassus, als deren besonderes Kennzeichen zu gelten hat, daß er auf gewöhnlichen Nährböden und bei Zimmertemperatur wächst.

7. Die Grundsätze einer rationellen Behandlung der Hauttuberkulose unter besonderer Berücksichtigung des Lekutyls, von A. Strauss und Fr. Miedrich-Barmen. In Berücksichtigung der außerordentlich langen Zeit, die die modernen Verfahren, wie z. B. die Bestrahlung mit Finsenlicht erfordern, erscheint die Behandlung der Tuberkulose mit Kupfer, als eine Methode, die günstigere Erfolge zeitigt als andere Methoden bei gleich langer Behandlungsdauer. Nach den bisherigen Untersuchungen scheint das Kupfer in der eingeführten Form unschädlich zu sein; jedenfalls kann man dem Organismus so viel Kupfer einverleiben, daß man von einer, wenn auch langsamen, chemotherapeutischen Beeinflussung reden darf. Da bei örtlicher Behandlung die Ätzwirkung außerordentlich schmerzhaft ist, behandelt man allgemein teils in Form intravenöser Injektionen, teils durch Zufuhr von der Haut und der Schleimhaut des Magendarmkanals aus.

8. Kultur erwachsener Haut auf festem Nährboden, von K. Kreibich-Prag. Auffallenderweise gelingt es in einem sehr großen Prozentsatz der Versuche, durch Abreiben mit Benzin und Einpinseln mit Jodtinktur die zu kultivierende Haut in einen Zustand zu bringen, daß sie den Nährboden oft durch 3—4—6 und vielleicht mehr Tage nicht infiziert. Von einer zwischen beide Finger geklemmten Hautfalte wird mit sterilem Messer eine Art tieferer Thiersch-Lappen, der in der Mitte etwas mehr Kutis enthält, abgetragen, auf die Oberfläche des Nährbodens mit der Kutisseite nach abwärts ausgebreitet und etwas angedrückt. Nach Ausschaltung der negativen Versuche, bedingt durch Infektion, durch Kondenswasser, welches das Stück umspült, durch ungünstigen Nährboden, verblieben 15 Versuche, bei welchen Wachstum konstatiert wurde. Bei den negativen Versuchen zeigten sich Ablösung der Epidermis, Verlust ihrer Kernfärbbarkeit, nackte epithellose Papillen, aber keinerlei durch Quellung bedingte Vergrößerung der basalen Epithelien. Bei den positiven Versuchen überzog sich die Schnittfläche mit Epithelien, so daß die Kulturversuche einem Wundheilungsvorgang in vitro zu vergleichen sind. Als Nährböden wurden Peptonagar und Peptonblutagar benutzt.

9. Über die Häufigkeit und Prognose der Rektalblennorrhoe bei der Vulvovaginitis der Kinder nebst Bemerkungen über die Heilbarkeit der Vulvovaginitis, von W. Wolffenstein-Charlottenburg. 1. Bei der blennorrhoischen Vulvovaginitis der Kinder ist die Miterkrankung des Rektums relativ häufig (bei unseren Fällen in 54%). 2. Die Heilung der Rektalblennorrhoe erfordert mindestens die gleiche Behandlungsweise wie die der blennorrhoischen Vulvovaginitis. 3. Wegen der Gefahr der Reinfektion von Vulva und Vagina ist eine Behandlung der Rektalblennorrhoe mit Silbersalzen in ähnlicher Weise

Digitized by Google

wie die der kindlichen Vagina resp. Urethra angezeigt. 4. Die Prognose der Vulvovaginitis einschließlich der Rektalblennorrhoe in bezug auf definitive Heilung ist auch nach unserer Erfahrung günstig. W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Zentralblatt.

Bd. 17, Nr. 10, Juli 1914.

1. Beitrag zur Sulfoformbehandlung der Seborrhoea capitis, von Eschbaum-Barmen. Empfehlung des Sulfoform Kaufmann auf Grund zweier sehr hartnäckiger Seborrhoen des Kopfes, bei denen vorher mit allen möglichen anderen Mitteln kein Erfolg zu erzielen war.

2. Ein mit Quarzlicht behandelter Fall von diabetischer Hautgangrän, von Mitschke-Gnesen. Die Gangrän hatte bei dem 61jährigen Patienten, der an einem mittelschweren Diabetes seit etwa sieben Jahren litt, vor etwa drei Monaten eingesetzt und trotz der verschiedensten lokalen Behandlungen den rechten Nasenflügel teilweise zerstört und auf dem Nasenrücken vier kleinere Gangränherde gesetzt. Neben exakt durchgeführter Diät wurden örtliche und allgemeine (Rücken und Bauch) Bestrahlungen mit ultraviolettem Licht vorgenommen, die innerhalb von zwei Monaten zur Ausheilung führten. Die Allgemeinbestrahlungen wurden dann noch einige Zeit fortgesetzt, um den gesamten Stoffwechsel günstig zu beeinflussen und ein Rezidiv nach Möglichkeit zu vermeiden. Im Verlaufe der Behandlung hat sich auch das Allgemeinbefinden gehoben und der Zuckergehalt des Urins ist auf $^1/_6$ des ursprünglichen gesunken.

W. Lehmann-Stettin.

The British Journal of Dermatology.

Juli 1914.

Ein Fall von rekurrierender syphilitischer Infektion mit einigen besonderen Erscheinungen, von G. T. Western. Der Fall betraf einen 25jährigen Mann und schien W. durch folgende Punkte bemerkenswert: 1. das Verschwinden der Wassermannschen Reaktion in zehn Wochen nach Beginn der Neosalvarsanbehandlung (dreimal 0,9), 2. die kurze Inkubationszeit (sieben Tage nach der Infektion) und die ungewöhnlich rasche Entwicklung des Primäraffektes bei der Reinfektion, was mit der Tatsache zusammenhängen dürfte, daß die Gewebe einer solchen Person in einem Zustande von Überempfindlichkeit gegen die Spirochäte infolge des Reizes früherer Infektion sich befinden. Das zweite Geschwür saß an einer anderen Stelle wie die alte noch sichtbare Narbe des Primäraffektes. Auffallend war ferner die kurze Zwischenzeit zwischen Auftreten des Schankergeschwürs und positivem Wassermann (11 Tage) und die kurze Zeit des Bestandes des letzteren (weniger wie 26 Tage). Den Einwand, es könnte sich bei dem zweiten Geschwür um eine Sekundär- oder Tertiärerscheinung handeln, glaubt W. damit zurückweisen zu können, daß hierbei die Spirochäten nicht so zahlreich und die Wassermannsche Reaktion wenige Tage vorher und nachher nicht negativ gewesen wären. Die Möglichkeit einer Reinfektion nach durchgeführter erfolgreicher Behandlung sei somit ohne Zweifel festgestellt. Stern-München.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 14, H. 3 u. 4, März u. April 1914.

1. Über die Herkunft des Pigments bei einigen Hautkrankheiten, von T. Kurita-Tokio. Untersuchungen bei Lichen ruber, Arsenmelanose und pigmentierten Nävi.

Digitized by Google

2. Über Vakzinetherapie und Anaphylaxie, von T. Ito-Chiba.

3. Blasenstein um Dermoidhaare, von Sasagawa-Tokio.

Bei einer an akuter Peritonitis gestorbenen 60jährigen Frau fand sich eine Dermoidzyste am rechten Ovarium, welche durch eine bleistiftgroße Perforationsöffnung in der Mitte der hinteren Blasenwand mit der Blase in Kommunikation stand; in der Blase fand sich ein Stein von plattovaler Form, dessen Kern aus einem dichten Haarknäuel bestand.

4. Über Haarfärbemittel, von M. Ota-Tokio. Haarfärbemittel, welche Paraphenylendiamin enthalten, sind in Japan streng verboten. Da der giftige Stoff des Paraphenylendiamin angeblich in Bildung von Chinondiamin besteht, so wurden Färbemittel hergestellt, bei denen dieser Bestandteil angeschlossen wurde. Mit einem solchen Mittel, „Primal-Schwarz" der Firma Otto Reimers & Co. in Yokohama, hat Verf. Tierversuche angestellt, indem er konzentrierte Lösungen auf Haare von Kaninchen und Meerschweinchen aufpinselte. Die Haare färbten sich dunkelbraun bis tiefschwarz, schienen etwas leichter ausziehbar zu sein, sonst aber nicht geschädigt. Hautentzündungen traten nicht auf, auch wurden selbst bei Verwendung größerer Mengen nie Albuminurie oder Zylinder im Harn gefunden.

5. Drei interessante Fälle von Porokeratosis und ihre physikalische Behandlung, von G. Maki-Tokio. Von den mitgeteilten Fällen betrafen zwei Brüder im Alter von 27 und 25 Jahren, der dritte ein 18jähriges Mädchen. Verschiedene physikalische Heilmethoden wurden versucht, von denen die Applikation von Kohlensäureschnee am einfachsten und am raschesten wirksam war. Viel langsamer, immerhin aber wirksam war die lokale Anwendung von Radium und Mesothorium, während die Röntgen- und Quarzlampenbestrahlung von geringem Einfluß waren.

6. Über einige juckstillende Hautmittel, von K. Satani-Tokio. Besondere Wirksamkeit wird dem Zykloform und dem Lignol (nach Inouye) nachgerühmt.

7. Über Milium mit Riesenzellengewebe, von S. Hanawa-Dalny. Milienartige Körperchen aus der Skrotalhaut eines 21jährigen Studenten erwiesen sich histologisch als Talgdrüsenzysten, die mit Riesenzellengewebe ausgekleidet waren. Verf. glaubt, daß die Riesenzellen aus den Endothelzellen der Lymphgefäße stammen.

8. Die Röntgentherapie bei Syringom, von S. Hanawa-Dalny. Die Syringome fanden sich an Brust, Bauchhaut und beiden Schultern und sind nach vier Röntgenbestrahlungen mit je $^1/_3$ Erythemdose nicht nur makroskopisch verschwunden, sondern auch histologisch nicht mehr nachweisbar gewesen.

9. Zur Anwendung alten destillierten Wassers bei intravenöser Neosalvarsaninjektion, von G. Mitsuno-Miyazaki. Auch bei Verwendung länger aufbewahrten destillierten Wassers waren bei sonst streng aseptischen Maßregeln die Nebenerscheinungen relativ gering, wenn auch Fieber häufiger und schwerer war als sonst beobachtet.

10. Statistik der Hautgeschwülste der letzten sieben Jahre an der dermatologischen Universitätsklinik zu Kiushiu, von K. Asahi und K. Murasawa. 552 Fälle von Hautgeschwülsten der verschiedensten Art sind unter etwa 22000 Patienten zur Beobachtung gelangt.

11. Erfahrungen über Antileprolbehandlung, von T. Kinoshita-Tokio. Antileprol, hergestellt aus dem Chaulmoograöl, wurde sowohl innerlich wie als intramuskuläre Injektion lange Zeit hindurch gut vertragen. Die Wirkung war gut, besonders bei der Lepra tuberosa, deren Knoten oft sehr rasch resorbiert wurden.

12. Über sogenannte Elephantiasis nostras, von N. Nakano, S. Omori, T. Murata und T. Kawaguchi-Osaka. Die in Europa als Elephantiasis nostras be-

Digitized by Google

zeichneten Fälle kommen auch in Japan vor. Sie sind chronisch-entzündlicher Natur und unterscheiden sich schon klinisch wie auch durch das Fehlen von Filarien von der echten Elefantiasis. Drei Fälle von Elephantiasis vulvae und zwei Fälle von elefantiastischer Verdickung des Beines werden beschrieben. Als Gelegenheitsursachen haben Exstirpation von Inguinalbubonen, chronisches Ekzem und Erysipel zu gelten.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des maladies vénériennes.

Bd. 9, Nr. 6, Juni 1914.

1. Einfluß der antisyphilitischen Behandlung, insbesondere mittels Neosalvarsans auf die Wassermannsche Reaktion, von A. Lévy-Bing, M. Dogny und F. Gerbay. Eingehender Überblick über bisher erschienene Arbeiten betr. die Beeinflussung des Wassermann durch die Behandlung und die diagnostische und prognostische Bewertung des Ausfalls der Reaktion. Ausführliche Mitteilung von 40 eigenen Fällen, die nach verschiedener Vorbehandlung lange genug serodiagnostisch verfolgt werden konnten, um ein Urteil zu gestatten. Die Schlußfolgerungen der Verf. sind weit pessimistischer als in anderen Publikationen der letzten Zeit. Darüber, daß die Behandlung den Wassermann umstimmt, besteht kein Zweifel; daß die Umwandlung einer positiven in eine negative Reaktion nach Neosalvarsanbehandlung prompter ist als nach Quecksilber, scheint ebenfalls festzustehen; aber die erhaltenen Resultate sind in den einzelnen Fällen recht verschieden, fraglos zwar abhängig von der Intensität der Behandlung, aber in den meisten Fällen nicht von Dauer. Für die Länge der Zeit, während der der Wassermann negativ bleiben kann, spielt das Alter der Syphilis und die Konstitution des Individuums eine große Rolle. Auch wenn die Reaktion lange Zeit negativ geblieben ist, pflegt sie doch wieder in eine positive umzuschlagen. Jedenfalls ist aber der Ausfall der Reaktion von so viel verschiedenen Faktoren abhängig, daß man die Behandlung nicht davon abhängig machen sollte. Am allerwenigsten ist es angebracht, aus dem Verhalten der Reaktion prognostische Schlüsse zu ziehen.

2. Sekundär-syphilitische Nephritis und Typhus, von J. Colombe. 25jährige junge Frau erkrankt bei noch bestehendem spezifischem Exanthem an einem fast allgemeinen Ödem und scheidet enorme Mengen Albumen aus; sowohl prolongierte Quecksilberbehandlung wie Milchdiät haben keinen Einfluß darauf, bis Patientin $2^1/_2$ Monate später an einem typhösen Fieber erkrankt, währenddessen alle Symptome verschwinden. Verf. weist darauf hin, daß das Verhalten syphilitischer Nierenerkrankungen gegenüber therapeutischen Eingriffen außerordentlich verschieden ist und das Versagen spezifischer Behandlung nicht gegen die syphilitische Natur des Nierenleidens verwertbar ist. Eine Erklärung für die eigentümliche Einwirkung der interkurrenten Affektion zu geben, ist nicht möglich.

W. Lehmann-Stettin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Traumatische Entzündungen.

Die Chirurgie des praktischen Arztes, von O. Nordmann-Berlin-Schöneberg. (M. Kl., 1913, Nr. 34.) Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Therapie der Verbrennungen; dieselbe richtet sich in allen Fällen nach ihrem Grad und ihrer Ausdehnung. Wenn mehr als ein Drittel der Körperoberfläche verbrannt ist, so hält

Digitized by Google

der Verfasser die Prognose für so infaust, daß er nur die Anwendung von Morphium und wenn möglich das permanente Wasserbad empfiehlt.

Bei Verbrennungen ersten Grades haben Salbenverbände den Nachteil, daß sie zu einer Sekretretention führen können; darum empfiehlt Nordmann, die Umgebung der verbrannten Haut vorsichtig trocken zu rasieren, mit Benzin zu reinigen und — immer unter Schonung der Brandwunde — handbreit mit 5—10%iger Jodtinktur zu bepinseln, dann auf die Brandwunde mittels eines ausgekochten Spatels in ganzer Ausdehnung Thiol aufzutragen, darüber eine Lage sterilen Mulls und einen mit steriler Watte gut gepolsterten und gut abschließenden Wickelverband zu legen; Extremitäten ev. durch eine Schiene ruhig zu stellen.

Bei Verbrennungen zweiten Grades im wesentlichen dasselbe Verfahren, nachdem man die Blasen durch einen Nadelstich eröffnet hat und das Sekret durch Druck mit einem sterilen Tupfer hat abfließen lassen. Während Nordmann bei Verbrennungen ersten Grades gegen Pulverbehandlung ist, empfiehlt er bei sehr großer und ausgedehnter Blasenbildung behufs schnellerer Austrocknung Pulververbände mit Noviform, Vioform, Xeroform usw.

Auch bei den Verbrennungen dritten Grades ist das Prinzip der Behandlung das gleiche, nur ist hier Nordmann ein unbedingter Anhänger des Jodoforms, dessen desinfizierende Kraft nach seiner Ansicht von keinem anderen Streupulver erreicht wird.

Für die Nachbehandlung rät der Verfasser dringend, jeden Verbandwechsel im Bade vorzunehmen, ev. im Vollbade mit etwas Schmierseifenzusatz oder in Extremitätenwannen; auch Bäder mit lauwarmer Kamille sind empfehlenswert. Im übrigen ist die Behandlung der Brandwunden von derjenigen anderer Wunden nicht wesentlich verschieden, solange keine Infektion vorliegt; ist letztere eingetreten (und dokumentiert sich nicht nur durch Temperaturerhöhungen, die bis 38° auch sonst leicht vorkommen, sondern durch das klinische Bild), dann sind feuchte Verbände (mit 3%iger Tonerde oder 10%igem Wasserstoffsuperoxyd) am Platze; doch sollen dieselben nicht durch einen wasserdichten Stoff, sondern durch trockene Watte abgeschlossen werden; auch werden im Falle der Infektion der Wunde warme Bäder sehr angezeigt sein.

Bei großen granulierenden Flächen sind Thierschsche Transplantationen vorzunehmen.

Ferner ist darauf zu achten, daß die Narben in der Nähe der Gelenke geschmeidig sind, und man tut gut, den Kranken darauf hinzuweisen, daß er lieber die Unbequemlichkeiten bei Bewegungen beim Verbandwechsel ertragen soll, als daß er Gefahr läuft, durch Narbenkontrakturen für den Rest seines Lebens in seinen Funktionen gehemmt zu sein.

Nordmann gibt für das Anlegen von Verbänden in der Nähe der einzelnen Gelenke spezialisierte Maßregeln an. Lasch-Breslau.

Über die Behandlung der Verbrennungen mit Amydoazotoluol, von Berlatzkaja. (Praktitscheski Wratsch, 1913, Nr. 31 und 32.) Die Versuche der Verfasserin mit Amydoazotoluol ergaben, daß dasselbe bei Verbrennungen eine sehr rasche Epithelisation der Haut hervorruft, wobei auch die Eiterabsonderung geringer wird, so daß dieses Mittel bei allen Verbrennungen versucht werden sollte, bevor man Transplantationen vornimmt.
Arth. Jordan-Moskau.

Die Behandlung von Brandwunden, von Rose A. Bowers-Michigan City, Ellis-Covington, Powers-Boston u. a. (New York m. J., 9. Aug. 1913.) Als Ergebnis eines Preisausschreibens der Redaktion des New York m. J. haben eine Anzahl Verfasser Arbeiten eingesandt, die im wesentlichen wenig neue Tatsachen bringen. B. empfiehlt sowohl für Brandwunden ersten wie zweiten Grades eine 2%ige Lösung von

Digitized by Google

Pikrinsäure, bei hochgradigen Schmerzen Morphiuminjektionen, Blasen sollen entleert werden; Bor- oder Ichthyolsalben sind zuweilen von Vorteil. Bei Verbrennungen dritten Grades Morphiuminjektion, permanente warme Bäder, Kochsalz- und Borsäurelösungen zur Reinigung der Wunden; neben der Lokal-, Allgemeinbehandlung gegen die Schmerzen, Kollaps, Herzschwäche. Ellis wendet bei nicht zu ausgedehnten Brandwunden (ersten und zweiten Grades) eine 5%ige Borsäure, Vaselinsalbe mit 1%igem Kokain, bei ausgedehnteren Pikrinsäure in alkoholischer Lösung, bei solchen dritten Grades Perubalsam, 10%ige Thymol-Jod- und 5—10%ige Scharlachrotsalbe an; Hauttransplantation ist bei ausgedehnteren Substanzverlusten bekanntlich stets in Betracht zu ziehen. Powers erwies sich u. a. Strychnin als ein sehr wertvolles Stimulans, dessen rasche Anwendung neben möglichst steriler Lokalbehandlung sich oft als notwendig erweist.

Stern-München.

Das Petroleum als Behandlungsmittel der durch überhitzte Metalle hervorgerufenen Brandwunden, von Stephens. (Semaine méd., 1913, Nr. 43.) Da sich diese Brandwunden immer sehr leicht infizieren, schlägt Stephens vor, nach Reinigung der Wunde Petroleum auf derselben zu zerstäuben und dann einen trockenen Jodoformgazeverband anzulegen. Die Wunde wird so viel aseptischer und heilt schneller.

A. Gunsett-Straßburg.

Über die Behandlung der Verbrennungen, von S. C. Beck-Budapest. (Ther. Mh., 1913, Heft 8.) Nasse Behandlung mit Kaliumpermanganatumschlägen und Bädern, bis das Allgemeinbefinden sich bessert und die Wundoberfläche ganz gereinigt ist. Die Verwendung von Salbe und zwar 8%iger Amidoazotoluol-, 5% Zykloformsalbe abwechselnd mit Borzykloformvaselinverband, um die Epithelisierung zu beschleunigen, bis zur vollständigen Beendigung derselben.

Zur Behandlung der aufgetretenen hypertrophischen Narben oder der Keloide dient Fibrolysin oder Kohlensäureschnee. Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Zur Kenntnis der Unfälle durch Elektrizität, von Fritz Fischl-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 36.) An der Klinik Riehls ist ein 27jähriger Elektromonteur zur Beobachtung gekommen, der nach Berührung eines Starkstromes von 5000 Volt neben relativ geringen Allgemeinerscheinungen eigenartige Oberflächenverletzungen aufwies, die genau geschildert werden. An den Stellen, die durch die stromführende Leitung berührt wurden (rechte Hohlhand), sind die Veränderungen sehr gering, während an anderer Stelle, z. B. dem Handrücken und am Rumpf, Substanzverluste nachweisbar sind, die an der Hautdecke des rechten Oberschenkels ganz das Bild von Brandwunden dritten Grades mit Verkohlung, Nekrosenbildung und nach außen davon starker reaktiver entzündlicher Rötung und Schwellung darbieten. W. Lehmann-Stettin.

Über Mesothoriumschädigung des Hodens, von M. Simmonds-Hamburg. (D. m. W., 1913, Nr. 47.) Mesothoriumkapseln wurden auf der rasierten Bauchhaut von Kaninchen dicht oberhalb der Symphyse fixiert und verschieden lang liegen gelassen. Von den vier Versuchstieren erhielt das erste 10 mg während 5 Stunden, das zweite die doppelte Dosis, das dritte 20 mg während 20 Stunden und das vierte 50 mg während 20 Stunden. Es ergab sich, daß das Mesothorium genau wie die Röntgenstrahlen eine Schädigung der Keimzellen bewirkt. Während beim ersten Tier nur in einer kleinen Anzahl von Samenkanälchen die Samenzellen zerfallen waren, war beim vierten Tier überhaupt kein intaktes Kanälchen mehr sichtbar. Große Dosen bewirken eine völlige Vernichtung der Zeugungsfähigkeit. Verfasser empfiehlt Vorsicht für Arzt und Patienten.

Haller-Dresden.

Spätfolgen einer heftigen Radiodermitis, von Navarre. (Lyon méd., 1913, Nr. 28.) Bei der bereits früher demonstrierten Patientin (diese Zeitschr., Bd. 54, S. 265)

Digitized by Google

ist nach drei Jahren das große Geschwür bis auf zwei kleine Reste rechts und links neben dem ehemaligen Nabel abgeheilt. Die Haut ist livid, in der Umgebung stark vaskularisiert und zeigt sehr starke narbige Verziehung. Das Uterusfibrom, um dessentwillen die Bestrahlungen vorgenommen wurden, scheint unverändert.

Richard Frühwald-Leipzig.

Geschichte einer chronischen Radiodermitis, von Ch. Dubois. (Rev. Suisse rom., 1914, Nr. 1.) Enthält die Krankengeschichte von Henri Simon, dem Radiologen des Genfer Kanton-Hospitals, der am 6. XII. 1913 an seiner Radiodermitis gestorben war. S. hatte im Jahre 1900 das Röntgenkabinett übernommen; er arbeitete, wie damals allgemein üblich, ohne Schutz. Nach zwei Jahren zeigten sich die ersten Veränderungen, indem die Haut der Handrücken trocken, schuppend, unelastisch wurden. 1903 wurde die Haut ekzematös, runzlig, pergamentartig, fissuriert und zeigte Telangiektasien; die Nägel wurden gerillt, die Nagelbetten zeigten hornige Wucherungen. In den folgenden Jahren nahm die Sklerose der Haut immer mehr zu, die Bewegungen wurden erschwert, und 1906 erschien auf dem Mittelfinger der linken Hand eine torpide Ulzeration. Nunmehr widmete S. seinen Händen mehr Sorgfalt, und es wurde der Verlauf der Affektion etwas eingehalten; die Wunden vernarbten teilweise, und ein Aufenthalt in Leysin hob die Kräfte. Allein ein Aufhalten war nicht mehr möglich; es mußte der Mittelfinger amputiert und die bereits krebsig entarteten Achseldrüsen ausgeräumt werden (1911). Nach vorübergehender Besserung wurde 1912 der Mittelhandknochen entfernt, der Defekt durch Transplantation gedeckt; doch als auch der Lappen zu zerfallen begann und sich auch die Unterarmknochen im Röntgenbilde als affiziert erwiesen, wurde der Arm ziemlich hoch abgesetzt. Ein Aufenthalt im Süden brachte Besserung; doch im November erfolgte ein Rezidiv in der Achsel, dem der Kranke rasch erlag.

Richard Frühwald-Leipzig.

Behandlung ulzeröser Radiodermitiden mit heißer Luft, von Marcel Vignat. (Bull. méd., 1914, Nr. 7.) Radiodermitiden, die jeder Behandlung trotzten, konnten durch eine Kauterisation mit heißer Luft (750°) geheilt werden. Die Ulzeration wird indolent, der atonische Grund beginnt frisch zu granulieren, und es bildet sich eine weiche glatte, kaum sichtbare Narbe.

Richard Frühwald-Leipzig.

Der gegenwärtige Stand der Gefahr der Röntgenverbrennung und deren Verhütung, von G. E. Pfahler-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 17. Januar 1914.) Die Röntgenstrahlen sind durchaus harmlos, wenn sie richtig angewandt werden. Bei Aufnahmen und bei Durchleuchtungen soll man sich bemühen, mit der geringsten Strahlenmenge auszukommen; die Qualität der Strahlen soll hierbei derart sein, daß sie die Gewebe durchdringen und nicht von den oberflächlichen Weichteilen absorbiert werden; wenn möglich sollen Verstärkungsfolien angewandt werden; zu empfehlen sind außerdem Filter zur Ausschaltung der weichen Strahlen; die Röntgenstrahlen sind durch Abdeckung auf den zu untersuchenden Körperteil zu beschränken. Zum Schutz seiner eigenen Person hat der Arzt die verschiedenen bekannten Schutzmittel anzuwenden. Bei der Röntgentherapie muß die verabreichte Strahlendosis gemessen werden; ist die Volldosis verabreicht, so ist ein Zwischenraum von drei Wochen vor erneuter Röntgenbehandlung einzuschalten; Filtrierung der Strahlen soll in ausgiebigem Maße erfolgen; stets muß beachtet werden, daß Epithel und Drüsengewebe gegen Röntgenstrahlen empfindlicher sind als anderes Gewebe; jede Reizung der mit Röntgenstrahlen behandelten Haut, z. B. durch Hochfrequenzströme, reizende Salben, Antiseptika usw. muß vermieden werden.

Fendt-Wiesbaden.

Röntgenschädigungen und ihre rechtliche Beurteilung, von Franz Kirchberg-Berlin. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, Heft 1.) Eine für den Röntgentherapeuten sowohl

Digitized by Google

wie für den Röntgendiagnostiker gleich lesenswerte, verdienstvolle Arbeit. Verf. warnt den jungen Arzt nachdrücklich davor, etwa zu denken: „Mir kann nichts passieren, wenn ich nach bestem Ermessen und pflichttreu handle, kommt wirklich mal was vor, so macht das schon mein Rechtsanwalt." Damit kann er schlechte Erfahrungen machen, der Arzt muß die juristischen Grundlagen kennen, die für sein Handeln maßgebend sind, um so mehr als ein gewisser, höchst bedenklicher neurasthenischer Zug durch die Haftpflicht- und Versorgungsgesetze in unser volkswirtschaftliches Empfinden hineingekommen ist, was zweifellos große soziale Gefahren in sich birgt.

Der Röntgenarzt muß deshalb die Folgen seiner Tätigkeit nicht nur vom Standpunkte der Therapie und der Wissenschaft im Interesse der leidenden Menschheit betrachten, sondern auch von dem Standpunkte des Schutzes seiner eigenen Interessen. Er muß deshalb vor allem wissen, daß die zivilrechtliche Haftung des Arztes auf den Regeln des Dienstvertrages und den Bestimmungen über unerlaubte Handlungen beruht. Er muß sich mit dem Begriff der Fahrlässigkeit vertraut machen. Er braucht sich der Fahrlässigkeit seines Handelns keineswegs bewußt gewesen zu sein, nur „daß er nicht sah, was ein sorgfältigerer an seiner Statt gesehen hätte, das macht ihn schon haftbar". Verfasser ist der Meinung, und dem kann man sehr beipflichten, daß die kurzfristigen, von den Fabriken ausgehenden Einführungskurse da oft gefährlich sind und für den Arzt später bittre Lehren zur Folge haben können. Eindringliche Lehren gibt der Verfasser, der gleichzeitig auch Jurist ist, dem Arzt in seiner Gutachtertätigkeit. Sehr instruktiv sind die angeführten 19 Fälle von Röntgenschädigungen.

Im übrigen muß ich auf das Original selber verweisen, das sich zu einem erschöpfenden Referate weniger eignet, dessen Lektüre aber angelegentlich empfohlen werden kann. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Zur Klinik des Röntgenulkus, von W. Hager-Bielefeld. (Strahlenther., 1913, Bd. 2, Heft 2.) Aus der pathologischen Anatomie des Röntgenulkus ist hervorzuheben, daß, wie Gassmann fand, die Epithelschicht der das Ulkus umgebenden Haut verdickt ist. Das Stratum corneum ist von größerer Breite, aber normaler Struktur, das Stratum granulosum wies vermehrte Keratohyalinbildung auf. In der Nähe des Ulkus bemerkt man Abflachung der Retezapfen, so daß allmählich die Grenze zwischen Kutis und Epithel eine gerade Linie bildet; das Protoplasma der Zelle wird immer schlechter färbbar, bis schließlich an der Geschwürsgrenze die ganze Epithelschicht mit polynukleären Leukozyten infiltriert ist. Das Ulkus selbst besteht aus Detritus, Kerntrümmer, Leukozyten und vielen Bakterien und Kokken. Dazwischen aber konnten Scholz und Gassmann fein verteiltes Fibrin und Elastin nachweisen. Neben diesen starken Degenerationserscheinungen des Epithels fand Gassmann schwere Veränderungen der Gefäße, namentlich an den größeren Gefäßen der Subkutis waren die Endothelzellen aufgequollen und hatten sich zum Teil von der verdickten Intima abgehoben, wodurch Vakuolen entstanden. An den Kapillaren zeigte sich eine starke Wandverdickung, wodurch meist das Lumen vollkommen obliteriert wurde. Dieser Obliterationsvorgang, der allmählich in die Tiefe fortschreitet, ist von großer Bedeutung für das langsame Entstehen und den Verlauf der Ulzera.

Verfasser hat aus der Literatur 59 Röntgenulzera zusammengestellt, deren zum Teil instruktive Krankengeschichten er im Auszuge bringt. Aus diesem geht hervor, daß man im Verlaufe des Röntgenulkus 3 Stadien unterscheiden kann: Nach einer Inkubationszeit von 8 Tagen—3 Wochen werden die oberflächlichen Hautschichten nekrotisch, es entwickelt sich das Ulkus mit geschwollener, hochroter Umgebung. Allmählich wird der Prozeß stationär, von der Peripherie aus beginnt die Überhäutung. Dies ist das erste Stadium. Das zweite ist dadurch charakterisiert, daß gegen das Zentrum der

Digitized by Google

Heilungsvorgang allmählich aufhört, das Ulkus zeigt sich wieder torpide, es kommt zum Rezidiv. Drittes Stadium: langsamer Vernarbungsvorgang, der sich über Monate und Jahre hinziehen kann, je nach der stattgehabten Röntgenwirkung.

Das Symptom, unter dem die Patienten am meisten zu leiden haben, ist der Schmerz, der im ersten Stadium so heftig werden kann, daß die Kranken trotz hoher Morphiumdosen keine Ruhe nachts finden können.

Therapeutisch hat man daher vor allem die intensiven Schmerzen zu bekämpfen. Recht gut hat sich dabei das Phenazetin bewährt, Morphium ist wegen der Gefahr des Morphinismus mit Vorsicht anzuwenden. Ganz zu meiden sind die lokalen Anästhetika: Kokain, Orthoform, Anästhesin. Die eigentliche Therapie besteht in konservativem und chirurgischem Verfahren. Bei dem ersteren haben sich zur Aufweichung und beschleunigten Abstoßung der nekrotischen Massen feuchte, antiseptische Umschläge mit Sublimat, Bleiwasser, Wasserstoffsuperoxyd und essigsaurer Tonerde bewährt, nach Kollecker wirkten in einem Falle Umschläge mit Kreolin 1 : 1000 ausgezeichnet. Von Salben führt namentlich die Borsalbe manchmal überraschend schnell zum Ziel; auch das Auflegen nur mit Kochsalzlösung durchtränkter Läppchen mit nachfolgender Salbenbehandlung hat sich bewährt. Nach Abstoßung der nekrotischen Teile dienen zur Anregung der Granulationen Quecksilberoxydsalben und Scharlachsalbe. Bei kleinen Ulzera hat auch die Vereisung mit Kohlensäureschnee gute Dienste getan, ebenso die Jodtinktur. Eine bessere arterielle Durchblutung will die Behandlung durch Bäder und Lichtbestrahlung erzielen (Uviollampe), wodurch auch manchmal ein Nachlassen der Schmerzen erzielt wurde. Günstigen Einfluß haben auch die Hochfrequenzströme und hydroelektrischen Bäder mit Wechselstrom auf Narbenbildung sowohl als auch auf die Schmerzen.

Da die konservative Behandlung leider oft nicht zum Ziele führt, so tritt die chirurgische in Aktion. Dabei ist unbedingt zu beachten, daß man mit allen Maßnahmen wartet, bis das Ulkus stationär geworden ist. Bei kleineren Ulzera kann man mit Erfolg den scharfen Löffel anwenden, sonst Exzision und Deckung nach Thiersch oder mit gestielten Lappen.

Was schließlich noch die Prognose anlangt, so erhellt aus dem Gesagten, daß die Therapie doch keineswegs ganz machtlos ist dieser schwersten Röntgenverbrennung gegenüber. Bemerkenswert wäre nur noch, daß man zuweilen auf Grund von Röntgenverbrennung bösartige Tumoren entstehen sah.

Ein umfangreiches Literaturverzeichnis von 83 Nummern beschließt die außerordentlich fleißige und verdienstvolle Arbeit des Verfassers. H. Rausch-Darmstadt.

Ein sicheres Mittel zur Vermeidung von Röntgenverbrennungen, von Maxime Ménard. (Bull. méd., 1913, Nr. 89.) Verfasser hat eine mit Blei belegte Wand konstruiert, hinter die die Röntgenröhre und der Patient postiert wird. Der Arzt trägt Handschuhe aus einer Kautschukmasse, die mit dem Salze eines Metalls von hohem Atomgewicht imprägniert ist. Durch diese werden alle Strahlengattungen absorbiert.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Spätschädigung bei Röntgentiefentherapie, von W. Dieterich-Mannheim. (Fortschr. d. Röntgenstr., Bd. 20, Heft 2.) Bericht über ein bei einer 63 jährigen Frau am Abdomen entstandenes Röntgenulkus, das 4 Monate nach der letzten Röntgensitzung auftrat. Die betreffende Sitzung entsprach etwa einer halben Erythemdosis. Die Stelle war vorher schon einige Male geröntgt worden, die einzelnen Dosen erreichten aber nie eine ganze Erythemdosis und wurden in Zwischenräumen von 3—4 Wochen gegeben. Es handelt sich also um eine Spätschädigung der Haut, die offenbar in einer speziellen subjektiven Widerstandsunfähigkeit der Haut ihren Grund hatte.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Spätschädigungen der Haut und innerer Organe nach therapeutischer Röntgenbehandlung, von Schmidt-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 32.) Nach Applikation größerer Dosen harter filtrierter Röntgenstrahlen können Monate bis $1^1/_2$ Jahre später Ulzerationen der Haut auftreten, ohne daß Röntgenerytheme vorausgegangen sind, und ohne daß die Haut atrophisch geworden ist. Äußere Reize und ungünstige Zirkulationsverhältnisse begünstigen das Auftreten der Spätulzerationen. Diese echten Spätulzerationen sind nicht zu verwechseln mit den Ulzerationen, die nach Applikation unfiltrierter mittelweicher Strahlen auf atrophischen Partien durch Einwirkung äußerer Reize entstehen können. Auch an inneren Organen, besonders am Magendarmtraktus, sind Spätschädigungen nach Applikation großer Dosen harter filtrierter Strahlen möglich.

Junghanns-Dresden.

Fall von Röntgenulkus von elfmonatlicher Dauer ohne Heilungstendenz. Heilung mit Zellerscher Paste, von Robert Eben. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 36.) Es handelt sich um den Diener des Röntgeninstituts, der jahrelang ohne jeden Röntgenschutz am Röntgenapparat gearbeitet hatte. Nachdem zunächst ein Röntgenkarzinom am linken Daumen operativ geheilt war, trat an der rechten Hand über dem Metakarpophalangealgelenk des Zeigefingers ein zweites großes, äußerst schmerzhaftes Röntgenkarzinom auf. Von einer Operation wurde wegen der Weigerung des Patienten und eines gleichzeitig bestehenden Aortenaneurysmas Abstand genommen. Eine vollständige Heilung erfolgte in wenigen Wochen nach Anwendung der Ätzpaste von Zeller, während intern Liquor kalii et natrii silicii gegeben wurde.

Georg Heymann-Elbing.

Zur Kenntnis der urämischen Hauterkrankung, von Georg B. Gruber. (Prag. m. Wschr., 1914, Nr. 12.) Verfasser beschreibt zwei Fälle und bringt ausführliche mikroskopische Hautbefunde. Nach seiner Ansicht veranlassen die Giftstoffe der Urämie je nach der Intensität und Quantität, mit der sie auf ein Gewebe zur Wirkung kommen, entweder direkt eine Nekrose oder aber bei geringerer Wirkungsstärke eine entzündliche Gegenreaktion des alterierten Gewebes, ohne daß es stets zu einer vollkommenen nekrotischen Manifestation zu kommen braucht. Georg Heymann-Elbing.

Skarlatiniformes Exanthem durch Terpentin, von J. Douglas Blackwood-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 9. August 1913.) Ein 20jähriges Mädchen hatte wegen Ausbleiben der Menses geringe Mengen von Terpentinspiritus eingenommen. Am nächsten Tage trat ein scharlachartiges Exanthem auf, das nach drei Tagen abzuschuppen begann. Fendt-Wiesbaden.

Erythema nodosum nach Ipekakuanha, von F. Kahár-Faber. (Gyógyászat, 1913, Nr. 43.) Die Verfasserin fand in der Literatur Aufzeichnungen, daß Erythema nodosum nach Jod, Arsen, Hg, Salizyl, Borsäure, Chinin, Antipyrin, Chloralhydrat, Morphin, Codein, Oxalsäure, Salol, Veronal, Tinct. hamamelis nach der äußeren Anwendung von Ichthyol, Terpentinöl, Arnika aufgetreten ist, aber nirgends fand sich eine Andeutung auf Ipekakuanha. Ein 23jähriger Kranker bekam ein Ipekakuanhainfus 0,5/150. Zweistündlich nahm er einen Eßlöffel. Ein anderes Medikament nahm er nicht ein. 2 Tage später stieg die Temperatur auf 39,8. Er hatte Schüttelfrost und klagte über Glieder- und Gelenkschmerzen. Die Ursache der Temperaturerhöhung konnte mit dem Lungenbefund nicht erklärt werden. Am anderen Tage war die Temperatur den ganzen Tag 39,9. Abends konnten auf den Unterschenkeln erbsen- bis haselnußgroße Knoten herausgefühlt werden, die auf Druck, aber auch spontan ziemlich schmerzhaft waren. Mit Rücksicht darauf, daß Patient vor 3 Jahren angeblich an Lungenspitzenkatarrh gelitten hat, wurde angenommen, daß das Erythema nodosum auf tuberkulöser Basis aufgetreten ist. An den nächsten 3 Tagen verbreitete sich das

Digitized by Google

Erythem immerfort; nachts hatte Patient unerträgliche Schmerzen. Es zeigte sich ein Knötchen auf der Stirne, drei auf dem Nasenrücken und eins rechts über dem Jochbein. Temperatur ständig über 39°. Da dachte Verfasserin an ein eventuelles medikamentöses, toxisches Erythem und der Kranke bekam statt Ipekakuanha Senega. Schon am nächsten Tage war die Temperatur nur 37,6 und die Knoten waren weniger schmerzhaft. Tags darauf war Patient fieberfrei. Schmerzen hatte er überhaupt nicht. 4 Tage später waren an den Stellen der Knoten Pigmentationen. Knoten konnten nicht mehr herausgefühlt werden. Patient bekam wieder Ipekakuanha. Am nächsten Tage war die Temperatur wieder 38,9 und Gelenkschmerzen traten wieder intensiv auf. Ipekakuanha wurde wieder eingestellt, abends fiel die Temperatur wieder auf 37,7 und morgens war Patient fieberfrei. Seither traten keine Temperaturerhöhungen auf. Porosz-Budapest.

Zwei Fälle von Jododerma bullosum (Jodpemphigus) nach innerlichem Gebrauch von Kalium jodatum, von P. Brandtner. (Mitt. Hamb. Staatsanst., Bd. 14, Heft 12.) Im ersten Falle handelte es sich um einen 42jährigen Arbeiter, der wegen Emphysem und Bronchitis mit Insuffizienz der Aorta Jodkalium erhielt. 3 Tage nach Beginn der Jodmedikation trat ein Blasenexanthem an den Händen und im Gesicht ein, das trotz Aufhörens derselben rasch weiter fortschritt und in 9 Tagen ad exitum führte. Die Sektion ergab: Pleuritis adhaesiva, Emphysem, Laryngitis, Pericarditis serosa, Endocarditis ulcerosa aortae, Dilatatio ventriculi sin., Anaemia myocardii und Intumescentia lienis et hepatis.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 28jährigen Patienten mit Meningitis und Lähmungen, bei dem nach 2 g Jodkalium ebenfalls ein bullöses Exanthem im Gesicht und auf dem Rücken beider Hände auftrat. Der Ausschlag verschwand bei Aussetzen der Jodtherapie und setzte jedesmal bei Wiederbeginn derselben wieder ein. Der Patient starb an Endocarditis maligna durch Streptococcus haemolyticus, der in Reinkultur aus dem Blute gezüchtet werden konnte.

In beiden Fällen glaubt B., daß die schwere Schädigung des Kreislaufs auch der Grund für das Auftreten des Exanthems war. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Bromoderma, von Gerschun. (Med. Obosrenje, 1914, Bd. 81, S. 345.) Kasuistische Mitteilung über einen Fall von Bromoderma. Der Ausschlag bestand in Pusteln, die vorzüglich auf den oberen und unteren Extremitäten saßen und sich bei dem 16jährigen Epileptiker nach zweimonatlichem Bromnatriumgebrauch eingestellt hatten. Arthur Jordan-Moskau.

Die Behandlung der Bromakne mit einer Vaksine, von M. R. Taylor-Helston. (Brit. m. J., 11. Oktober 1913.) Bei einer 20jährigen Patientin, welche nach dreijährigem Bromgebrauch eine sehr entstellende und gegen andere Behandlungsarten refraktäre Akne akquirierte, hat Verfasser mit dem Stubellschen Opsonogen der Güstrower chemischen Fabrik einen vollen Erfolg erzielt, der auch jetzt ein Jahr lang vorgehalten hat, trotzdem die Kranke noch Bromsalze in kleinen Dosen weitergenommen hat. Im ganzen waren 15 Injektionen gegeben worden. Auch bei Furunkulose schien das Präparat wirksam zu sein. Philippi-Salzschlirf.

Über die Ursachen der Hauterkrankungen im Buchdruckgewerbe, von Heinrich Zellner und Hans Wolff. (Zschr. f. Hyg., Bd. 75, Heft 1.) Es ließ sich ermitteln, daß die Ursache der bei Mitgliedern der Buchdruckerkrankenkassen in Berlin häufig beobachteten artefiziellen Ekzeme in den Waschmitteln lag, die zum Ausspülen der Formen Verwendung finden. Das am meisten verwendete Terpentinöl und dessen Ersatzmittel wirken durch den Gehalt an Benzinen schädlich. Reines Terpentinöl gibt nur selten zu Erkrankungen Veranlassung. Petroleum wirkt am wenigsten gesundheitsschädigend, namentlich wenn es frei von Säure ist. Kienöl wirkt wesentlich differenter

Digitized by Google

als die erstgenannten Mittel und ist deshalb ganz zu verwerfen; desgleichen sollten Laugen, die fast immer ungünstig auf das Hautgewebe einwirken, nur da Verwendung finden, wo eine Reinigung der Apparate ohne ihre Hilfe nicht möglich ist. Das beste Waschmittel ist Paraffinöl, dann folgt Petroleum, schließlich reines Terpentinöl.

Valentiner-Leipzig.

Über Hauterkrankungen durch Haar- und Pelzfärbemittel, von A. Blaschko-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 49.) Bei den meisten akuten Hautentzündungen kommen als Ursache meist äußere Reize in Betracht. Zu den letzteren gehören besonders die Haarfärbemittel infolge ihres meist toxischen Inhaltes. Im Altertum waren als Haarfärbemittel die pflanzlichen Extrakte, vor allem Henna und Reng, im Gebrauch, später dann verschiedene anorganische Substanzen, vor allem Metallsalze. In neuester Zeit sind an die Stelle der anorganischen Präparate organische Präparate getreten. Besonders bei der Anwendung der letzteren beobachtet man starke Hautentzündungen, die sich manchmal über den ganzen Körper hin ausbreiten. Ursache hierfür soll das Paraphenylendiamin sein, dessen Anwendung in Haarfärbemitteln seit 1906 zwar gesetzlich verboten sei, jedoch in fast allen ausländischen Fabrikaten vorzufinden sei. Als ein wirklich gutes, reizloses Haarfärbemittel empfiehlt dann Verfasser ein unter dem Namen „Primal" von der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation in den Handel gebrachtes Fabrikat. Verfasser führt dann noch einige Fälle an, wo sich bei einem Patienten jeden Winter eine hartnäckige akute Hautentzündung besonders im Gesicht lokalisiert einstellte. Die sorgfältigste Beobachtung ergab jedesmal als Ursache einen gefärbten Pelzkragen, wobei dann auch wieder das vorhin erwähnte Paraphenylendiamin gefunden wurde. Als Therapie für derartige Hautreizungen empfiehlt Verfasser dann noch je nach dem Grade der Entzündung lauwarme Umschläge und Auftragen von Zinkliniment.

Fischer-Dresden.

Akute Dermatitis des Gesichts als Folge vom Gebrauche eines Haarfärbemittels, von H. C. Semon-London. (Brit. m. J., 11. Oktober 1913.) Eine 48jährige verheiratete Dame kam wegen einer seit 2 Tagen bestehenden und allmählich sich verschlimmernden Dermatitis des Gesichts und der Kopfhaut in Behandlung. Sie gab an, in den letzten $1^1/_2$ Jahren schon dreimal ähnliche Attacken von 4—5tägiger Dauer durchgemacht zu haben. Beim Nachforschen ergab es sich, daß die Patientin seit etwa 3 Jahren ein Haarfärbemittel gebrauchte. Dasselbe bestand aus zwei Lösungen, von denen die eine kleine Mengen von Silbersalzen und Pyrogallussäure bei der Analyse erkennen ließ, während die andere sich als eine schwache Lösung von Natriumsulfat erwies.

Philippi-Salzschlirf.

Über drei Fälle von ekzematöser, durch giftige Pflanzen erzeugter Dermatitis, von A. Whitfield-London. (Lancet, 28. Februar 1914.) Es handelte sich bei zwei Kranken um Giftwirkungen von Primula obconica und bei dem dritten Fall um Rhus toxicodendron, den giftigen Efeu, der in Amerika viel verbreitet ist, in England aber eine Seltenheit bildet. Verfasser berichtet etwas eingehender über diese Beobachtungen, weil die Materia peccans bei allen dreien lange Zeit unerkannt geblieben war. Hätte der vorher behandelnde Arzt gleich von vornherein die nötigen Nachforschungen angestellt, so wären den betreffenden Kranken (Damen) viele Rezidive erspart geblieben.

Philippi-Salzschlirf.

1. Buchsbaumdermatitis bei einem Gärtner, hervorgerufen durch die Zurichtung der Blätter des heimischen Buchsbaumes.

2. Typische Nagelveränderungen bei Kapsel- und Patronenarbeiterinnen.

3. Progrediente Ätznatronwirkung auf die Nägel eines Glasergehilfen, von M. Oppenheim-Wien. (Österr. Sanitätsw., 1913, Nr. 38.) Die Buchsbaumdermatitis, die

Digitized by Google

am Gesicht und an den Händen als Erythem und Bläschenefloreszenz sich dokumentierte, trat nach der Beschäftigung mit den Blättern des Buchsbaumes auf und zwar bei zweimaliger Erkrankung zur selben Jahreszeit (Juli).

Die Nagelerkrankungen der Patronen- und Kapselarbeiterinnen sollen durch die eigenartige Tätigkeit derselben teils mechanisch, teils durch Benetzung mit Säuren entstehen.

Die Nagelveränderung eines Glasergehilfen war unzweifelhaft durch Ätznatron hervorgerufen. Die Nägel waren spröde, parallel zur Fingerachse gestreift und gefurcht, glanzlos und brüchig, und reichten nur bis zur Mitte des Nagelbettes. Die von den Nägeln freie Partie ist verhornt und geht unmittelbar in die Fingerkuppe über.

Peyser-Harburg.

Dermatitis nach Teakholzbearbeitung, von Dr. John-Wilhelmshaven. (Ärztl. Sachverst.-Ztg., 1913, Nr. 8.) John beschreibt einige Fälle von Hauterkrankungen bei Arbeitern, die mit Teakholzstaub in ihrem Berufe in Berührung kamen. Die Fälle gleichen sich in ihren Erscheinungen im allgemeinen fast vollständig und sind kaum auf andere Einwirkungen zurückzuführen, da die Erscheinungen immer wieder ziemlich schnell zurückgingen, wenn die Patienten Arbeiten verrichteten, bei denen sie mit Teakholz nichts zu tun hatten und sich immer wieder, wenn die Betreffenden von neuem mit Teakholz in Berührung kamen, oft noch nach monate- bis jahrelangen Intervallen von neuem wieder einstellten. Es handelte sich stets um einen juckenden Hautausschlag, der meist mit Schwellungen an den Händen und Unterarmen, oft auch an der Nasenöffnung und den Augenlidern einherging, und bisweilen von herpesähnlichen Effloreszenzen begleitet war. Nur in einem Falle kam es zu einem hartnäckig nässenden Ekzem. Die Heilung erfolgte ohne spezifische Behandlung durch Abführmittel und Entfernung der befallenen Individuen aus der Teakholzatmosphäre. Im allgemeinen kamen die Erkrankungen häufiger im Sommer als in den kühleren Jahreszeiten vor, besonders bei Teakholz in frischem Zustande. John meint, daß nur die Körperstellen befallen werden, die in direkte Berührung mit dem Teakholzstaub kommen, und daß die Erkrankungen anderer Körperregionen dadurch zustande kommen, daß das schädliche Agens durch die Finger an diese Stellen übertragen wird.

Lasch-Breslau.

Satinholzhautentzündung, eine Berufskrankheit, von Erwin Franck-Berlin. (Ärztl. Sachverst.-Ztg., 1913, Nr. 5.) Wechselmann hatte einen Fall einer Satinholzdermatitis nicht nur in seinem klinischen Verlaufe veröffentlicht, sondern er hatte auch durch Einreiben von Satinholz auf die Wange des Patienten innerhalb von 2 Stunden eine starke Anschwellung der Wangen und Augenlider experimentell hervorzurufen vermocht, so daß er von einer Überempfindlichkeit der Haut sprechen konnte.

Dieser Anregung folgend erschienen in dieses Gebiet fallende Mitteilungen von verschiedenen Seiten. 1. Arbeiter, die mit der Verarbeitung des aus Australien kommenden Moahholzes beschäftigt waren, bekamen in größerer Zahl nach 8—14 Tagen stark juckende und schmerzhafte Hautausschläge, zuerst an den Armen, dann im Gesicht, an Augen, Hals und Nacken mit erysipelartiger Rötung und Schwellung (bisweilen auch geringes Nässen und Borkenbildung, so daß ein zirka 14tägiger Krankenhausaufenthalt nötig wurde). In dem Holz fand sich neben einem großen Quantum harzigen Öls eine geringe Menge eines kristallinischen Alkaloids, dem die Hautreizungen zugeschrieben wurden. 2. Arbeiter, die das aus Deutsch-Ostafrika stammende Mouleholz, das dem Teakholz nahe steht, zu verarbeiten hatten, erkrankten infolge des Holzstaubes mit scharlachähnlichen Dermatitiden von verschieden großer Ausdehnung, mit lebhaftem Juckreiz und sehr lästigen Anschwellungen der Augenlider und der Geschlechts-

Digitized by Google

teile. Die Affektion beeinträchtigte das Allgemeinbefinden nicht wesentlich; die Schleimhäute blieben frei; Dauer 10—14 Tage. Befallen wurden zumeist die Arbeiter, die an den Sägen und den Hobelmaschinen dem Staube besonders ausgesetzt waren. 3. wurde aus Bremen berichtet, daß Tischler eines großen Betriebes, in dem das aus dem Usambaragebiet Deutsch-Ostafrikas stammende Mwalaholz verwendet wurde, kurze Zeit nach Beginn der Arbeit mit kleinen geschwürartigen Gebilden an den Augenlidern, dem Hals, hinter den Ohren, an den Handgelenken und den Geschlechtsteilen erkrankt waren; dabei bestand intensiver Juckreiz und bisweilen sehr starke Schwellung. Prophylaktisch wurden in den Werkstätten zweckmäßige Entstaubungsanlagen eingerichtet und auf peinlichste Sauberkeit und Reinigung der Hände gehalten.

Diese Fälle fallen nach der Rechtsprechung des RVA. nicht unter den Begriff eines Unfalls, sondern den einer Gewerbekrankheit, so daß z. B. dem von Wechselmann erwähnten Patienten keine Unfallrente zugesprochen werden konnte.

Lasch-Breslau.

Ein Fall von Dermatitis artefacta, von J. C. Mackwood-Newick. (Brit. m. J., 31. Mai 1913.) Ein 42jähriges Dienstmädchen ließ sich einige Male im Krankenhaus aufnehmen wegen einer Hautaffektion, welche sich teils als einfache rote Flecke, teils als Bläschen- und Blasenbildungen präsentierte. Daneben bestanden gastrische Störungen. Nach einiger Beobachtung konnte festgestellt werden, daß die Läsionen durch Senfmehl hervorgerufen wurden. Philippi-Salzschlirf.

Über eine merkwürdige professionelle Dermatose der Gummiarbeiter, von Carlo Vignolo-Lutati-Turin. (Morgagni, Juli 1913, Nr. 7.) Es handelte sich um eine ekzematoide Dermatitis, die symmetrisch die Interdigitalräume der Hände ergriffen hatte. Sie wurde bei zwei Arbeitern, die in einer Fabrik mit flüssigem Gummi zu tun hatten, bemerkt und heilte mit einer Decksalbe leicht ab.

A. Gunsett-Straßburg.

Glättolin als Ursache einer hartnäckigen Dermatitis colli, von D. Kohn-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1913, Nr. 22.) Ein 42jähriger Herr litt fast ein Jahr lang an einer hartnäckigen Dermatitis am Halse und hatte deswegen wohl sieben oder acht Dermatologen, ohne dauernden Erfolg zu erzielen, befragt. Unter Einpuderungen mit Dymal resp. Pinselungen mit Lotio zinci und Liquor carbonis detergens anglic. trat zwar Heilung ein, doch erfolgte sofort ein Rezidiv, als Patient einen gestärkten Leinenkragen anlegte. Schließlich entdeckte der Patient nach Belehrung durch einen Freund, der die gleichen Leiden durchgemacht hatte, daß die Benutzung von Glättolin tatsächlich an der ganzen Störung schuld war. Ein Kölner Kollege, dem Verfasser von dieser Beobachtung Mitteilung gemacht hatte, berichtet, daß er auch einen analogen Fall beobachtet hat. Das Glättolin besteht aus Talkum (50,0), Kanadabawachs (50,0), Benzaldehyd (0,2) und Paraffin. liquid (0,5). Philippi-Salzschlirf.

Die durch den rohen Steinkohlenteer bei seinem Gebrauch in der Dermatologie hervorgerufenen Schädigungen, von Brocq. (Semaine méd., 1913, Nr. 28.) Brocq teilt verschiedene artefizielle Ausschläge mit, die er nach Gebrauch von Steinkohlenteer sah. Es waren phlyktänulöse Erhebungen, die zu starken Epidermisabhebungen und seröser Exsudation führten. Er glaubt, daß es sich dabei nicht um Verunreinigungen des Steinkohlenteers, sondern um individuelle Intoleranz der Patienten handelt. A. Gunsett-Straßburg.

Über Ätzgeschwüre nach Karbid, von Otto Sachs. (W. m. W., 1913, Nr. 17.) Ein Arbeiter einer Azetylengasfabrik zeigte an den Händen zahlreiche, ungefähr linsengroße, tiefgreifende, wie mit einem Locheisen ausgeschlagene Geschwüre, mit unebener

Digitized by Google

Basis und speckigem Belag. Verfasser verlangt für Arbeiter dieser Fabriken bessere Schutzmaßregeln (zurzeit nur Lederhandschuhe). Haas-Hamburg.

Ein Fall von ungewöhnlicher Empfindlichkeit gegen Resorzin, von Douglass W. Montgomery-San Francisco. (J. Am. m. Ass., 28. Juni 1913.) Bericht über einen Patienten, der auf jede Resorzinanwendung, 7,5%ige Lösung bis 1,625%ige Salbe, mit einer Dermatitis reagierte. Fendt-Wiesbaden.

Ein experimenteller Beitrag über die Wirksamkeit der Formaldehydlösung zur Verhütung des Wundlaufens in der Armee, von T. Eguchi. (Zschr. f. Hyg., Bd. 74, Heft 1.) Versuche mit Chromsäure (2—5%) und Formaldehydlösung (35%) zur Verhütung des Wundlaufens ergaben, daß letztere dazu geeigneter ist. Nach Erfahrungen an 814 Fällen und Tierversuchen sind Formalineinreibungen nicht schädlich. Haas-Hamburg.

Rasche Heilung wunder Brustwarzen, von Neubauer-Charlottenburg. (D. m. W., 1913, Nr. 49.) Wunde Brustwarzen, die besonders bei Selbststillung des Kindes als unangenehme Störung auftreten, behandelte Verfasser am schnellsten durch Anwendung einer 10%igen Euguformsalbe. (Kondensationsprodukt von Guajakol und Formaldehyd, zu beziehen aus der Chemischen Fabrik Güstrow in Güstrow.) Fischer-Dresden.

Neurotische Entzündungen.

Beitrag zur Kenntnis der Epidermolysis bullosa congenita, von Beck-Budapest. (Virch. Arch., 1913, Bd. 213, S. 234.) Von der „hereditären Neigung zur Blasenbildung" (Goldscheider 1882) werden die einfache und die dystrophische Form unterschieden. Der beschriebene Fall (7jähriges Mädchen) gehört zu letzterer, weil er pigmentierte Narben und Unregelmäßigkeit der Nägel zeigt. Die Blasen traten am ganzen Körper, inkl. Gesicht und Kopfhaut auf. Das Kind überstand während der Beobachtung Scharlach, welche Erkrankung ganz normal verlief. Bei der histologischen Untersuchung zeigte sich eine perivaskuläre Anhäufung junger Bindegewebszellen, erklärbar durch perivaskuläres Ödem (Überernährung). Unter dem Einfluß des Ödems ist es auch zur Auflösung der elastischen Fasern in den Papillen und dem Stratum subpapillare gekommen. Die primäre Störung betrifft wahrscheinlich die Permeabilität der Gefäße. Werther.

Zur Pathologie des Herpes zoster, von W. Kürsteiner-Bern. (Korr. Bl. Schweiz., 1913, Nr. 45.) Ein Fall von vesikulo-gangränösem Zoster der Nacken-, Schulter-, Oberarmgegend bei einem mit Lungen- und Pleuratuberkulose behafteten Patienten. Es fand sich eine mit der Lokalisation des Zosters nicht kongruente Zystenbildung in den verschiedensten Spinalganglien beider Körperseiten und perineurale Lymphangioektasien der peripheren Nerven. Verfasser sieht den Zoster als eine reflektorische, durch die viszerale Erkrankung bedingte, durch die Spinalganglienveränderungen begünstigte Eruption an. Valentiner-Leipzig.

Untersuchungen über die Ätiologie und Pathogenese der Zona, von Raymond und Cot. (Bull. méd., 1913, Nr. 85.) Verfasser haben im Blute von zwei Zosterkranken einen grampositiven Kokkobazillus gefunden, der in gelben Kulturen wächst. Die Komplementfixierung, die künstliche Erzeugung von Bläschen bei Menschen und Tieren, die Gegenwart der Bazillen in den Rückenmarksganglien infizierter Tiere scheint den Verfassern hinreichend, um den Bazillus als Erreger des Zosters zu betrachten. Richard Frühwald-Leipzig.

Ätiologie des Herpes bei der Meningitis cerebrospinalis, von Paul Durand. (Lyon méd., 1913, Nr. 48.) Bei einer Patientin mit typischer Genickstarre fand sich

Digitized by Google

reichlicher Herpes labialis. In den Bläschen wurden mikroskopisch und kulturell Diplokokken nachgewiesen, die mit dem Meningokokkus identifiziert werden konnten. Sie waren auch identisch mit den aus dem Liquor gezüchteten Meningokokken.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zona intercostalis mit Meningealreizung, von KLEEFELD. (J. de Bruxelles, 1913, Nr. 17.) Ein 42jähriger Mann wurde von einem ausgebreiteten Herpes zoster im rechten Hypochondrium befallen. Dabei bestand Kopfschmerz, Schwindel, Rachialgie, KERNIGsches Symptom und Pulsverlangsamung. Im Liquor 15—20 Lymphozyten pro Gesichtsfeld. Richard Frühwald-Leipzig.

Periarthritis rheumatica chronica im Anschluß an einen Zoster und lokalisiert im Eruptionsgebiet desselben, von GUILLAIN. (Soc. m. des hôp., 31. Oktober 1913.) Bei einer 70jährigen Kranken hatte sich im Anschluß an einen Zoster des Wurzelgebiets des linken Plexus brachialis eine chronische, rheumatische Periarthritis entwickelt, welche ausschließlich an der linken Hand lokalisiert war. Der Verfasser hebt hervor, daß Knochen- und Gelenkaffektionen bei Zoster nur sehr selten beschrieben werden. A. Gunsett-Straßburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Zur Technik der Blutentnahme und intravenösen Infusion, von O. GANS-Hamburg. (M. m. W., 1914, Nr. 14.) Verf. beschreibt einen kleinen Apparat, der im wesentlichen aus einem Drei-Wege-Hahn besteht, mit welchem die Hohlnadel, das Glasgefäß zur Aufnahme des der Vene entfließenden Blutes und das Infusionsgefäß verbunden sind. Die Vorrichtung hat sich auf der UNNAschen Klinik gut bewährt und ist bei H. Krauth-Hamburg, Gänsemarkt, zum Preise von 6 M. zu beziehen.

Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Ein amerikanisches **Journal of Parasitology** unter der Redaktion von Prof. HENRY B. WARD, University of Illinois, Urbana, Ill., ist im Erscheinen begriffen.

Prof. ELIAS METSCHNIKOFF, Subdirektor am Institut PASTEUR in Paris, feiert am 15. Mai 1915 seinen 70. Geburtstag und gleichzeitig, weil 1865 seine Doktordissertation erschienen ist, den 50. Jahrestag seines Eintrittes in die wissenschaftliche Forschung. Ein Komitee unter ÉMILE ROUX' Vorsitz plant die Herausgabe einer Festschrift von Mitgliedern des Institut PASTEUR und auswärtigen Gelehrten.

Prof. GEORG ARNDT-Berlin, welcher auf der im Juni d. J. zu Atlantic City abgehaltenen Versammlung der American Medical Association einen Vortrag „The Diseases and New Growths of the Skin of Lymphatic Origin" gehalten hatte, wurde zum Ehrenmitglied der Dermatologischen Sektion dieses Kongresses gewählt.

Dr. ALFRED JUNGMANN, Primararzt der Heilstätte für Lupuskranke in Wien, ist, einberufen zum ärztlichen Kriegsdienste, nach kurzem, schwerem Leiden in Fünfkirchen (Ungarn) gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. September 1914 | Nr. 38 | Band 59

Aus dem patholog. Institut des allg. Krankenhauses Barmbeck zu Hamburg.

Über einen Fall von rasch tödlich verlaufener Meningitis luica neun Wochen nach dem Primäraffekt.

Von

Th. Fahr.

(Mit 3 Abbildungen.)

Seit langem wissen wir, daß eine luische Affektion des Zentralnervensystems sich überraschend schnell an einen Primäraffekt anschließen kann, ja daß prozentual die meisten Fälle dieser Erkrankung in das erste Jahr post infectionem fallen (s. Nonne, Trömner und die dort zitierte Literatur). Doch gelingt es zum Glück für die betreffenden Pat. fast stets, diese in der Frühperiode der Syphilis auftretenden Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems zunächst wieder zum Verschwinden zu bringen, und ein Fall von so rasch tödlichem Verlauf, wie ich ihn nachstehend kurz mitteilen möchte, dürfte wohl zu den größten Seltenheiten gehören.

Am 28. Februar d. J. wurde ins allgemeine Krankenhaus Barmbeck ein kräftiger, gut genährter Mann von 25 Jahren eingeliefert. Der Mann war kurz vorher in der Arbeitspause, als er sich einmal kräftig reckte, plötzlich bewußtlos zusammengebrochen; vorher hatte er sich völligen Wohlbefindens erfreut. Als er wieder zu sich kam — die Bewußtlosigkeit hielt zunächst nur kurze Zeit an —, warf er eine kleine Menge schaumigen Blutes aus, so daß der zunächst zugezogene Kollege zunächst an eine Hämoptoë dachte.

Der Pat. wurde nun ins Krankenhaus (Abt. Prof. Dr. Rumpel) überführt, bei der objektiven Untersuchung fiel hier zunächst ein makulo-papulöses Syphilid auf, und der Pat. gab auf Befragen an, daß er zu Weihnachten vergangnen Jahres einen Primäraffekt gehabt hatte und daß der Ausschlag, den er jetzt am Körper zeigte, vor 14 Tagen aufgetreten sei.

Sonst fand sich bei der Untersuchung des kräftigen, gut gebauten Mannes nur ein mittel- bis grobblasiges Rasseln bei fehlender Dämpfung über den Lungen.

Die übrige Untersuchung war völlig negativ, speziell bestanden keine Lähmungserscheinungen, die Reflexe waren normal, es bestanden keinerlei Symptome von seiten des Nervensystems. Gleich nach der Untersuchung fiel der Pat. wieder in einen komatösen Zustand, es stellte sich rasch völlige Benommenheit ein, Puls wurde sehr beschleunigt: 152, Cheyne-Stokessches Atmen trat auf, und nachts um 1,30 Uhr, etwa 12 Stunden nach dem Auftreten der ersten Krankheitssymptome, erfolgte der Exitus.

Digitized by Google

Die Sektion ergab im wesentlichen folgenden Befund:

Leiche eines großen, sehr kräftigen Mannes in sehr gutem Ernährungszustand. Muskulatur straff, gut entwickelt. Am Körper bemerkt man allenthalben zerstreut zahlreiche rötliche, leicht erhabene schuppende Flecken. Die peripheren Lymphdrüsen — speziell Leisten- und Achseldrüsen — sind deutlich geschwollen (bis auf Haselnußgröße).

Das Zwerchfell steht rechts am unteren Rand der vierten, links am oberen Rand der fünften Rippe. Nach Wegnahme des Brustbeins sinken die Lungen kaum zurück, der Herzbeutel liegt in etwa Talergröße frei.

Das Herz selbst ist von entsprechender Größe, Klappen sind glatt und zart. Muskulatur dunkelbraunrot, Fettmuskelgrenze ziemlich scharf. In beiden Herzkammern reichlich Blut und Speckhautgerinnsel, Herzgewicht 350 g.

Die Lungen sind sehr voluminös, auf dem Durschnitt braunrot, außerordentlich saft- und blutreich, von der Schnittfläche entleert sich reichlich schaumig-blutige Flüssigkeit, die auch die Bronchien erfüllt.

Am Pleuraüberzug beider Lungen findet sich eine Anzahl braunroter punktförmiger Blutungen.

Zungenbalgdrüsen und Tonsillen mäßig entwickelt.

Ösophagus und Schildrüse o. B. Intima der Brustaorta glatt und zart.

Milz mit dem Zwerchfell in großer Ausdehnung verwachsen. Kapsel verdickt, weißlich verfärbt. Substanz morsch von braunroter Schnittfläche, am oberen Pol sitzt dicht unter der Oberfläche ein keilförmiger, weißgrauer, strukturloser Herd von fester Konsistenz.

Nieren von entsprechender Größe, sehr blutreich, an der Oberfläche vereinzelte narbige Einziehungen, in deren Bereich die Kapsel adhärent ist. Nieren sonst o. B.

Nebennieren zentral erweicht.

Pankreas weich, sehr blutreich.

Magen-Darmkanal o. B.

Leber zeigt stellenweise verdickte, grauweißlich verfärbte Kapsel, Substanz braunrot, Läppchenzeichnung erkennbar.

Geschlechtsorgane, abgesehen von einer Narbe am Penis, o. B.

Knochenmark zeigt im Oberschenkel stellenweise rötliche Farbe und himbeergeleeartige Beschaffenheit.

Bei der Kopfsektion fand sich eine leicht milchige Trübung der weichen Hirnhäute. Am linken Stirnhirn in den vordersten Abschnitten desselben bemerkte ich im Bereich einer etwa pfenningstückgroßen Stelle eine sulzige, gelblich verfärbte Verdickung.

Gesamtbefund: Makulo-papulöses Syphilid. Leptomeningitis luica. Lungenödem. Schwellung der peripheren Lymphdrüsen Perihepatitis und Splenitis. Milzinfarkt. Stauungsorgane. Teilweise lymphoide Umwandlung des Knochenmarks.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der eben erwähnten Partie am linken Stirnhirn fand sich, wie die beigegebenen Mikrophotogramme zeigen, das charakteristische Bild der luischen Leptomeningitis. Man sieht auf Abb. 1 und 2, wie sich die Entzündung aufs engste an die Gefäße anschließt, wie die Infiltration — es handelt sich dabei in der Hauptsache um Plasmazellen — die Wandungen der Gefäße, namentlich die der Venen durchwuchert und in Form ziemlich dichter Zellmäntel

Digitized by Google

längs der kleinen Gefäße auch in die Hirnsubstanz eindringt. In den Infiltraten, aber nicht nur dort, sondern auch frei in den Gefäßen, zwischen den roten Blutkörperchen (s. Abb. 3) waren reichlich

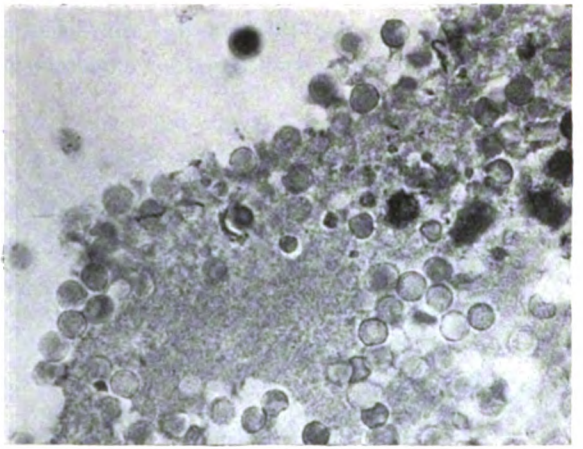


Fig. 1.

Syphilisspirochäten aufzufinden. Es handelt sich also hier um eine sehr früh, schon neun Wochen nach dem Primäraffekt entstandene luische Meningitis. Auffallend ist dabei, daß der Pat. aus bestem Wohl-

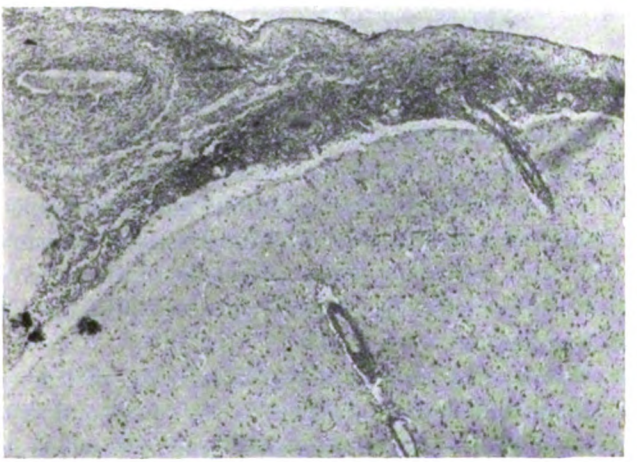


Fig. 2.

befinden heraus plötzlich unter so schweren Symptomen erkrankte und daß sich an den Beginn des Leidens so schnell auch der tödliche Ausgang anschloß, während sonst die in der Frühperiode der Syphilis auftretenden

Digitized by Google

Affektionen des Zentralnervensystems einen mehr gutartigen Verlauf nehmen. Vielleicht gibt das Vorhandensein der Spirochäten im Lumen der Gefäße den Schlüssel zur Erklärung. Man könnte sich vorstellen, daß von der Lokalisation der luischen Meningitis am Stirnhirn aus eine plötzliche Überschwemmung des Gehirns mit Spirochäten stattgefunden hätte und daß mit dieser Überschwemmung der plötzliche Zusammenbruch des Pat. erfolgte.

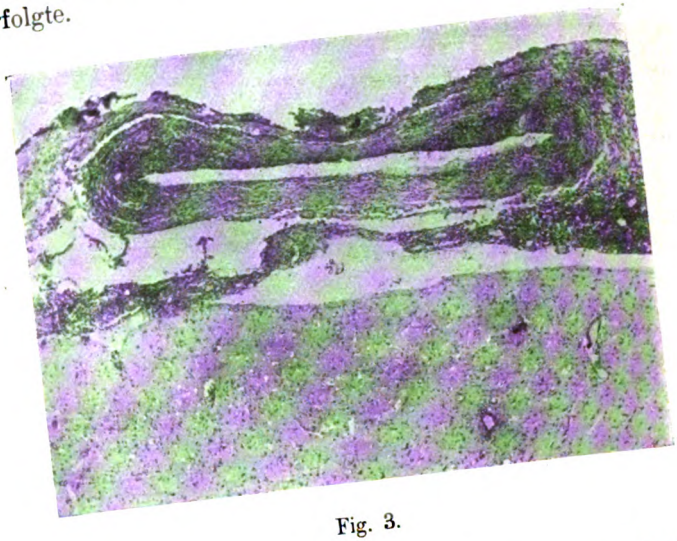


Fig. 3.

Daß der Pat. vor diesem supponierten Einbruch der Spirochäten in die Gefäßbahn so völlig symptomlos war, findet wohl in dem ursprünglichen Sitz des luischen Prozesses in den Meningen seine Erklärung. Die Basis war hier frei, die Meningitis hatte sich an der Konvexität des Stirnhirns, und zwar im vordersten Abschnitt des Stirnlappens lokalisiert. Auf einen Punkt möchte ich an der Hand dieser Beobachtung noch hinweisen. Es sind mehrfach Fälle mitgeteilt worden, in denen sich schon in der Frühperiode der Lues gummöse Prozesse entwickelten (O. Müller, Simmonds).

Da wir wissen, daß eine gummöse Meningitis den Ausgangspunkt für größere Gummenbildungen abgeben kann, so scheint mir das Verständnis derartiger Fälle von frühzeitig auftretenden Gummen durch meine Beobachtung sehr erleichtert. Eine innere Verwandtschaft zwischen dem von Simmonds mitgeteilten Fall und dem meinigen besteht auch insofern, als beide Male in der luischen Bildung ein auffälliger Reichtum an Spirochäten festgestellt werden konnte, nach denen man ja bekanntlich in den späten Manifestationen der Lues recht häufig erfolglos sucht.

Digitized by Google

Man wird sich also mehr und mehr an den Gedanken gewöhnen müssen, daß gummöse Bildungen kein sicheres Charakteristikum für eine Spätlues darstellen, daß sie vielmehr schon in der sogenannten Sekundärperiode der Syphilis vorkommen können.

Literatur.

O. Müller, Über einen Fall von außergewöhnlich frühzeitigem Auftreten von Haut-Gummata. D. m. W., 1909. — Nonne, Syphilis und Nervensystem, 3. Auflage, s. dort ausführliche Literatur. — Simmonds, Sitzungsberichte des ärztlichen Vereins Hamburg. D. m. W., 1914. — Trömner, Nervensyphilis der Frühperiode. Unna-Festschrift, Bd. 2.

Untersuchungen über den Liquor cerebrospinalis in bezug auf die Beteiligung des Nervensystems bei der sekundären Syphilis.

Von

Udo Julius Wile, A.B., M.D., und John Hinchman Stokes, A.B., M.D.,

Professor der Dermato-Syphilidologie im Department of Medicine and Surgery der Universität von Michigan zu Ann Arbor.

Hausarzt der Abteilung für Dermatologie und Syphilidologie im Department of Medicine and Surgery der Universität von Michigan zu Ann Arbor.

(Übersetzt von Dr. A. Philippi, Salzschlirf.)

(Fortsetzung.)

Besprechung der Ergebnisse.

Die meisten der von uns festgestellten Tatsachen konnten in tabellarische Übersicht eingestellt werden und sind auch demgemäß in dieser Form hier zusammengezogen worden. Einige Fälle jedoch boten genug des spezifisch Interessanten, um eine eingehende Schilderung gerechtfertigt erscheinen zu lassen. Wir haben, wie schon oben bemerkt wurde, den Gehalt an Albumin und Globulin durch Kochen des frisch gewonnenen Liquors bestimmt. Alsdann wurden Zählungen ausgeführt, wobei alle die Fälle als diesbezüglich normal galten, bei denen die Zahl der Lymphozyten nicht mehr als zehn im Kubikmillimeter betrug. In der Tabelle haben wir die Befunde am Liquor insofern abgekürzt, als wir einfach als „negativ" diejenigen Fälle notierten, welche keine besondere Druckerhöhung aufwiesen, keinen vermehrten Albumingehalt hatten, weniger als zehn Zellen im Kubikmillimeter enthielten und von negativer Wassermannscher Reaktion waren. Nur bei zwei Fällen erachteten wir den Druck als merkbar gesteigert, wobei wir uns nach der Ausflußgeschwindigkeit als Maßstab richteten; bei diesen beiden aber

Digitized by Google

Tabellarische Übersicht

Nr.	Liquor cerebrospinalis				Nerv. VIII
	Zellen	Albumin	Wassermann	Augenhintergrund	
1		++++	++++	ausgesprochene Neuroretinitis	
2		++	++		
3		++	++++	ausgesprochene Neuroretinitis	
4		neg.	neg.		
5		neg.	neg.		
6	6 per cmm	neg.	neg.	geringe Neuroretinitis	
7	3 per cmm	neg.	neg.		
8	3 per cmm	neg.	neg.	ausgesprochene Neuroretinitis	
9	9 per cmm	neg.	neg.	neg.	
10	3 per cmm	+	neg.		
11		neg.	neg.	neg.	
12	1 Zelle, hoher Druck	+	neg.	geringe Neuroretinitis	
13	2 per cmm	++	neg.	neg.	
14	1 Zelle, hoher Druck	neg.	neg.	neg., später sehr ausgesprochene Neuroretinitis	neg.
15	keine gefunden	neg.	neg.		
16	2 per cmm	++	neg.		
17	2 per cmm	neg.	neg.	Neuroretinitis, frühzeitige Arteriosklerose	
18	4 per cmm	neg.	neg.	neg.	
19	34 per cmm	++++	++++	Arteriosklerose, Perivaskulitis	deutlich affiziert
20	4 per cmm	+	neg.	geringe Neuroretinitis	
21	26 per cmm	neg.	+		
22	1 per cmm	+	+	geringe Neuroretinitis	
23	2 per cmm	neg.	neg.		

Digitized by Google

der Fälle.

Ausschlag	Allgemeines Nervensystem, Symptome	Vorherige Behandlung	Reaktion nach der Punktion	Allgemeinbefinden
papulös, später follikulär	heftige Kopfschmerzen	keine	Besserung des Meningismus	stark affiziert
späte Papeln an Handtellern, Plaques muqueuses	keine	Neosalvarsan, energisch Hg	mäßig	stark affiziert
Alopezie, Leukoderma colli	keine	Pillen	intensiv	mäßig affiziert
Roseola, Papeln mäßig	keine	Pillen	keine	geringe Wirkung
Roseola, Alopezie, L. I extragenital	keine	energisch Hg	keine	ausgesprochen, späterhin Besserung
Roseola	intensiver Kopfschmerz	keine	intensiv	geringe Wirkung
rekurrierende follikuläre und muköse Läsionen	keine	Neosalvarsan, energisch Hg	intensiv	geringe Wirkung
Alopezie, groß papulös	keine	ungenügend	gering	keine
follikulär und pustulös	keine	keine	gering	keine
Roseola, L. I	keine	Pillen	keine	keine
frühzeitige Noduli und Ulzera	keine	keine	mäßig	heftige Wirkung
muköse Läsionen	keine	Pillen	keine	keine
Roseola, Papeln, Alopezie	keine	Pillen	gering	geringe Wirkung
Rupia	keine	Pillen	keine	mäßige Wirkung
muköse Läsionen	keine	keine	intensiv	keine
Roseola, muköse Läsionen	keine	keine	mäßig	keine
Roseola, muköse Läsionen	keine	keine	keine	mäßig
Papeln, Pusteln, Lues I	intensiver Kopfschmerz	keine	mäßig	mäßig
ringförmig papulös, muköse Läsionen	hochgradiger Kopfschmerz, Nervosität	Pillen	gering	mäßig
follikulär	keine	keine	sehr intensiv	intensiv
muköse Läsionen, Roseola	heftiger Kopfschmerz	Pillen	keine	gering
follikulär-papulös, muköse Läsionen	Schlaflosigkeit	keine	gering	heftig
rezidivierende muköse Läsionen	träge Pupillen	Altsalvarsan, leidlich Hg	gering	keine

Digitized by Google

Nr.	Liquor cerebrospinalis				Nerv. VIII
	Zellen	Albumin	Wassermann	Augenhintergrund	
24	8 per cmm	neg.	neg.	Neuroretinitis	geringe Beteiligung
25	64 per cmm	++++	neg.?	nur Hyperämie	
26	4 per cmm	+	neg.	Neuroretinitis	
27		+++	+++	geringe Neuroretinitis	neg.
28	2 per cmm	++	neg.	geringe Neuroretinitis	neg.
29	18 per cmm	++++	+++	Chorioiditis, Arteriosklerose	ausgesprochen affiziert
30	14 per cmm	±	±	ausgesprochene Neuroretinitis	neg.
31	2 per cmm	+	neg.	geringe Neuroretinitis	neg.
32	11 per cmm	++	++	nur geringe Hyperämie	neg.
33	1 per cmm	+	++	neg.	neg.
34	21 per cmm	++	+	nur geringe Hyperämie	mäßige Beteiligung
35	3 per cmm	neg.	++	mäßige Neuroretinitis	neg.
36	24 per cmm	+++	++	neg.	geringe Beteiligung

spritzte die Flüssigkeit in einem richtigen Strom über den Mantel des Arztes, als der Zylinder von der Nadel abgenommen wurde. Der eine Fall soll später genauer besprochen werden. Die ein positives Resultat aufweisenden Flüssigkeiten sind unter den Rubriken „Albumin", „Zellen" und „Wassermann" angeführt. Einen Versuch zur quantitativen Abschätzung haben wir mit den Bezeichnungen +, ++, +++, ++++ gemacht. Eine Lücke bedeutet, daß die Flüssigkeit auf das betreffende Element hin nicht untersucht wurde, oder beim Zählen der Zellen, daß die angewandte Methode, wie oben angegeben, durch die andere ersetzt worden ist.

Nach der Punktion ließen wir die Kranken sich ohne Kopfkissen hinlegen und mindestens 6 Stunden liegen bleiben. Falls irgend welche Beschwerden sich einstellten, wurde dies noch weiter ausgedehnt. Im weiteren Verlauf der Beobachtungen wurden die Patienten damit behandelt, daß man 12 Stunden lang das Fußende des Bettes um etwa 15 cm erhöht stehen ließ. Diese Fälle sind in der Rubrik „Reaktion" durch die

Digitized by Google

Ausschlag	Allgemeines Nervensystem, Symptome	Vorherige Behandlung	Reaktion nach der Punktion	Allgemeinbefinden
Roseola, muköse Läsionen	keine	keine	keine	keine
Roseola, muköse Läsionen	heftige Kopfschmerzen	keine	Nachlassen d. Meningismus	mäßig
papulo-pustulös	Kopfweh	Pillen	sehr heftig, N. M.	äußerst intensiv
follikulär-papulös, L. I	keine	keine	sehr heftig, N. M.	gering
papulös	keine	keine	mäßig, N. M.	mäßig
Plaques muqueuses	Kopfweh, Fazialislähmung	unzureichend	keine, N. M.	gering
Alopezie, frühzeitig follikulär	keine	Pillen	keine, N. M.	keine
Papeln	keine	leidlich Hg	heftig, N. M.	gering
spät follikulär-papulös	zunehmende Nervosität	keine	gering, N. M.	gering
große Papeln	keine	keine	keine, N. M.	gering
follikulär-papulös	Bellsche Lähmung und Fazialis	keine	keine, N. M.	gering
späte palmare papulöse Eruption	keine	Altsalvarsan, Pillen	heftig, N. M.	keine
nur Alopezie	keine	keine	keine, N. M.	heftig

Buchstaben „N. M." (neue Methode) gekennzeichnet. Das gewöhnliche Bild der Reaktion umfaßte Kopfschmerzen von verschiedentlicher Intensität nebst Schwindel, welcher sich aber in der Regel nur beim Stehen oder Aufrechtsitzen bemerkbar machte. Bei heftigerer Reaktion stellte sich anhaltender Kopfschmerz von großer Heftigkeit ein im Verein mit Übelkeit, Erbrechen und bei mehreren Fällen mit Kollaps und Hinfälligkeit, sobald die Kranken sich zu erheben versuchten. Die heftigeren Grade von Kopfschmerzen ließen sich durch die Analgetika aus der Reihe der Teerkohlenderivate nicht beeinflussen, sondern erforderten zu ihrer Beseitigung die Verabreichung von Kodein in großen Dosen. Bei einigen Fällen erwies sich die Hochstellung des Fußendes des Bettes als ein wirksames Bekämpfungsmittel. Die als milde reagierend verzeichneten Fälle klagten nur über einen leichten Stirnschmerz oder geringe Nackensteifigkeit und Schwindel.

In der tabellarischen Übersicht findet sich in der Rubrik „vorherige Behandlung" eine Angabe über „Pillen". Hierunter ist zu verstehen das

Digitized by Google

Quecksilberprotojodid in Dosen von 0,01 g als Paradigma für die von praktischen Ärzten so häufig verordneten unzureichenden Verbindungen von Quecksilber mit kleinen Gaben von Jodkalium. Unter „energisch Hg" soll verstanden sein eine ausgiebige Schmierkur oder die intramuskuläre Injektion von Quecksilbersalzen in ausreichenden Dosen und in zweckmäßigen Zwischenräumen, so daß man von einer intensiven Therapie zu reden berechtigt ist. Die nicht spezifischen Behandlungsmittel und lokale Applikationen haben wir außer Betracht lassen zu dürfen geglaubt.

Unter der Überschrift „Allgemeinbefinden" haben wir für vergleichende Zwecke den Versuch gemacht, die auf die Infektion zu beziehenden konstitutionellen Störungen in knapper Form vergleichend zusammenzustellen. Als „geringfügige" Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens rubrizierten wir z. B. unbedeutende Anämien, Gewichtsabnahmen von 2—5 Pfund, milde Schwächezustände, durch die der Kranke noch nicht erwerbsunfähig wurde, nebst gelegentlichen nächtlichen osteokopischen Schmerzen, Kopfschmerzen und Myalgien. Als eine „mäßige" Wirkung galten uns Störungen, welche ein Blutbild von 3500000 bis zu 4000000 Erythrozyten aufwiesen, nebst einem Hämoglobingehalt von 70%, rapiden Gewichtsabnahmen von 5—15 Pfund, allgemeinem Unwohlsein und zeitweiliger Arbeitsunfähigkeit, Anorexie, leichtem Fieber und ausgesprochenen Symptomen einer Knochenaffektion. Unsere ernsteren Fälle zeigten höhere Grade von Schwäche, Arbeitsunfähigkeit und Erschöpfung mit Gewichtsverlusten von 15—40 Pfund oder noch mehr (syphilitische Kachexie), Symptome von Meningismus, Hydrarthrose und ausgesprochene Anämien. Es ist natürlich Rücksicht genommen auf den individuellen Habitus der Kranken, und Verfasser betonen, daß sie sich bewußt sind, daß eine Klassifizierung wie die vorliegende von subjektiven Momenten in großem Maße abhängig ist.

Nach den Ergebnissen der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis boten von den untersuchten 36 Fällen 24 eine Beteiligung des Zentralnervensystems dar, was einem Prozentsatz von 66 $^2/_3$ entspricht.

Der Gang der einzelnen Untersuchungen ist in tabellarischer Form weiter unten in Kürze wiedergegeben.

Die Untersuchung des Augenhintergrundes.

Eine ophthalmoskopische Untersuchung des Augenhintergrundes wurde bei 27 von den 36 Fällen vorgenommen. Die Resultate gestalteten sich folgendermaßen:

Positiver Befund am Liquor cerebrospinalis bei 19 Fällen.

Neuroretinitis	bei 11	Fällen,
Keine Neuroretinitis, aber sonstiger pathologischer Befund	bei 5	„
Fundusbefund negativ	bei 3	„

Digitized by Google

Negativer Befund am Liquor cerebrospinalis bei 8 Fällen.

Neuroretinitis	bei 4 Fällen,
Keine Neuroretinitis, aber sonstiger pathologischer Befund	bei —
Fundusbefund negativ	bei 4 „

Abgesehen von Neuroretinitis fanden sich an Augenstörungen, die nach dem Ausfall der Prüfung des Liquors als Komplikationen einer Erkrankung des Zentralnervensystems zu bezeichnen waren, folgende: Chorioiditis 1 Fall, Hyperämie der Retina oder des Sehnervs 3 Fälle, arteriosklerotische Prozesse 2 Fälle, Perivaskulitis 1 Fall. Ferner fanden wir einmal Arteriosklerose im Verein mit Neuroretinitis bei einem Falle, der einen negativen Liquorbefund ergeben hatte.

Das Vorhandensein von Neuroretinitis bei einem so starken Prozentsatz von Fällen, welche Abnormitäten am Liquor vermissen lassen, kann nach unserer Ansicht fast als vollgültiger Beweis für das Vorhandensein von entweder dem einen oder dem anderen der folgenden zwei Vorgänge angesehen werden: entweder handelt es sich um eine Erkrankung des Zentralnervensystems, die aber zurzeit noch nicht eine genügende Ausdehnung erreicht hat, um sich durch die Anzeichen einer meningealen Reaktion an der Zerebrospinalflüssigkeit zu erkennen zu geben, oder man hat es zu tun mit einem früher ausgedehnteren Prozeß, der zurzeit sich so weit zurückgebildet hat, daß präzise Merkmale in der Flüssigkeit wieder verschwunden sind. Die Beobachtungen von La Personne, Opin und Lesourd (9) bei Fällen von Optikusatrophie können unseres Erachtens auch als eine weitere Stütze für diese Hypothese akzeptiert werden.

Die Untersuchung des Akustikusgebietes.

Funktionsprüfungen des achten Gehirnnerven im Gebiete der Kochlea und des Vorhofs wurden bei 13 Fällen vorgenommen. Von ihnen erwiesen sich acht als negativ und fünf als positiv.

Mit Beteiligung des N. acustic. 5 Fälle.	
Positiver Befund am Liquor cerebrospinalis	4 Fälle,
Negativer Befund am Liquor cerebrospinalis	1 Fall.
Ohne Beteiligung des N. acustic. 8 Fälle.	
Positiver Befund am Liquor cerebrospinalis	8 Fälle,
Negativer Befund am Liquor cerebrospinalis	—

Die relative Seltenheit von dieser Form der Nervenerkrankung im Vergleich zu dem Befallensein des N. opticus scheint auf einen mehr peripheren Typus nach anatomischer Hinsicht beim Gehörnerven hinzudeuten.

Digitized by Google

Subjektive Symptome der Zentralnervenerkrankung.

Dieselben wurden nach der Anamnese und nach den im Krankenhaus an den Kranken wahrgenommenen Erscheinungen den unten angegebenen Momenten nach zusammengestellt:

	Kopfweh höheren Grades	Schlaflosigkeit	Gesteigerte nervöse Reizbarkeit	Lähmung von Gehirnnerven	Negativ
Positiver Befund am Liquor	5	1	2	2	15
Negativer Befund am Liquor	2	0	0	0	11
Summa:	7	1	2	2	26

Somit wiesen aus einer Gesamtzahl von 12 Fällen mit Symptomen, welche möglicherweise auf eine Affektion des Zentralnervensystems zu beziehen waren, nicht weniger als zehn einen positiven Befund am Liquor auf. Ein Fall mit träger Papillenreaktion ergab einen negativen Liquorbefund. Die regelmäßige objektive neurologische Untersuchung ist aber erst kürzlich unternommen worden und hat bisher noch nicht zu definitiven Resultaten geführt.

Die Reaktion nach der Punktion.

Was diesen Punkt betrifft, fanden wir, daß Meningismus ebenso häufig bei Fällen mit als auch bei solchen ohne Beteiligung des Zentralnervensystems vorkam. Wir glauben jedoch, daß das Hochstellen des Fußendes des Bettes zweifellos eine prophylaktische Wirkung ausübte und zur Verminderung der Zahl der Reaktionen nach der Punktion beitrug. Es erscheint demnach wahrscheinlich, daß die Ravautsche Behauptung richtig ist, wenn er sagt, daß eine Reaktion eher zu befürchten ist bei vorhandener Affektion der Meningen, und daß die Dreyfussche Ansicht von dem Vorwiegen der Reaktion bei normalen Fällen nicht begründet ist.

Vorherige Behandlung und zerebrospinale Affektionen.

Unsere unter diese Rubrik einzureihenden Zahlen zerfallen gemäß den oben angegebenen Erklärungen in folgende Gruppen:

	Ausgiebige Behandlung	Ungenügende Behandlung	Unbehandelt
Mit positivem Befund am Liquor	1	12	11
Mit negativem Befund am Liquor	3	2	7
Summa:	4	14	18

Digitized by Google

Somit haben von den ausgiebig behandelten Fällen nur 25 % ein Affiziertsein dargeboten, während dies bei den ungenügend oder gar nicht behandelten Fällen bei 70,8 % zu konstatieren war. Die Zahl der ausgiebig behandelten Patienten ist kaum groß genug, um als eine Basis für allgemeinere therapeutische Deduktionen zu dienen. Ferner darf man nicht vergessen, daß bei den ausreichend behandelten Fällen möglicherweise eine vorübergehende Reaktion zu einem früheren Zeitpunkt im Verlauf des Leidens vorhanden gewesen sein mag. Trotz aller dieser Bedenken geben doch die Zahlen zu allerlei Vermutungen Anlaß.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen aus der Literatur.

Neurotische Entzündungen.

Die atypischen Zosterformen, von Galissot. (Thèse de Lille, 3. Juni 1913.) Der Verfasser beschreibt zunächst die Zosterformen mit minimalem oder gar keinem Ausschlag, dann die Fälle, bei welchen die Eruption sehr ausgedehnt, ja allgemein ist. Letztere sind äußerst selten, häufiger kommen vor die bilateral symmetrischen Fälle, die besonders im Gesicht und am Halse beobachtet werden. Oft ist der Zoster bilateral, aber nicht symmetrisch, oder die einzelnen Gebiete liegen zwar auf derselben Seite, sind aber weit voneinander entfernt. Manche Zosterformen sind oft multipel und erscheinen dann entweder zu gleicher Zeit oder in verschiedenen Schüben. Bei letzteren sind immer die späteren Schübe schwächer. Als Ätiologie nimmt der Verfasser wie die meisten Verfasser eine akute, infektiöse Wurzelerkrankung an, welche rasch eine Immunisierung des übrigen Körpers erzeugt. Nur wenn diese unvollständig ist, können derartig multiple Lokalisationen oder verschiedene Schübe zustande kommen.

A. Gunsett-Straßburg.

Herpes zoster frontalis mit Bakterienbefund im Ganglion Gasseri, von A. Sunde-Kristiania. (D. m. W., 1913, Nr. 18.) Bei Herpes zoster handelt es sich bekanntlich um einen Entzündungszustand in denjenigen Spinalganglien, die der angegriffenen Hautstelle entsprechen. Trotz eingehender mikroskopischer Untersuchungen vermochte man bis jetzt in denselben Mikrobien als Erreger dieser Vorgänge nicht nachzuweisen. Verfasser beschreibt nun einen Fall, wo es ihm bei einem 81 Jahre alten Mann, der $3^1/_2$ Tage vor seinem an Bronchopneumonie erfolgten Tode an rechtsseitigem Herpes frontalis erkrankt war, gelang, Mikrobien in den zugehörigen Ganglien als Entzündungserreger festzustellen. Die Sektion ergab nämlich eine starke Schwellung des rechten Ganglion Gasseri, durchsetzt von zahlreichen Blutungen. Mikroskopisch zeigte das Ganglion das Bild einer akuten Entzündung und vor allem eine Menge grampositiver Kokken, meist als Diplokokken, aber auch in ganz kurzen Ketten. Das linke Ganglion Gasseri war vollkommen normal.

Fischer-Dresden.

Herpes zoster oticus, von Virginius Dabney-Washington. (New York m. J., 7. Febr. 1914.) Mit diesem Ausdruck (Herpes zoster auris, auricularis, oticus) ist jene akute spezifische Erkrankung des Nervensystems mit Lokalisation in den Ganglien der hinteren Wurzel gemeint, die Herpesbläschen oder Entzündung entlang des äußeren, mittleren oder inneren Gehörorgans zur Folge hat. Die Hauptsymptome dieser Herpeslokalisation sind anhaltender Schmerz, Gehörsstörungen (Taubheits-, Schwindelgefühl) und Ohrgeräusche, zuweilen Fieber, 2—5 Tage nach Beginn der Erscheinungen auftretende

Digitized by Google

Eruption irgendwo am äußeren Ohr, mittleren (Trommelfell) oder inneren, Lähmung des Fazialis oder anderer Nerven und schließlich nicht selten der Eruption vorangehende Drüsenschwellung. Die Prognose des Leidens ist im allgemeinen keine schlechte, wiewohl manche der Komplikationen, besonders Taubheit, Wochen und selbst noch Monate nach Abheilung des Herpes bestehen bleiben können; 2 Wochen ist die Durchschnittszeit der Heilung (vom Schmerz und anderen akuten Symptomen). Die Behandlung ist keine spezifische, gegen die Schmerzen sind Opiate zuweilen nötig, wovon sich Kodein D. in seinem Falle bewährte; ebenso Anwendung der Elektrizität in Form des Hochfrequenzstromes, die aber von Zeit zu Zeit wiederholt werden muß. Letztere erwies sich in dem von D. beobachteten Falle, wo die Otalgie noch 4 Monate nach Abheilung des Herpes anhielt, sehr wirksam, lokal ist Schutz gegen Zug und Erkältung, Anwendung von Salben und eintrocknenden Pudern geboten, von allgemein stärkenden Mitteln Phosphate, Strychnin und Arsenik zu empfehlen. Stern-München.

Über Augenmuskellähmungen bei Herpes zoster ophthalmicus, von Friedrich Vogel. (Diss., Leipzig 1912.) Fritz Loeb-München.

Neurotische Dermatosen, von William P. Cunningham-New York. (New York m. J., 31. Jan. 1914.) C. rechnet zu den Hautkrankheiten, die auf nervöser Grundlage beruhen, nicht nur Zoster, die Raynaudsche Krankheit, Erythromelalgie, Sklerodermа, Atrophodermia, Acanthosis nigricans, Syringomyelie, sondern auch Pityriasis rubra, gewisse Fälle von Psoriasis, Ekzema, Lichen ruber usf. Die Frage, woran es liegt, daß die eine Person zu Urtikaria, Epidermolysis bullosa, Prurigo, Pruritus und den verschiedenen anderen Parästhesien geneigt ist und eine andere gar nicht, beantwortet C. eben mit einer gewissen verminderten Widerstandskraft des Nervensystems, d. i. einem Zustand von Atonie oder Erethismus mit Verlust der vasomotorischen Kontrolle, woraus dann entzündliche Reaktion von mehr oder weniger großer Intensität folgt. Daß diese Widerstandskraft ausschließlich dem Nervensystem zugehört, sei durch die wohlbekannte Tatsache erwiesen, daß jede Art noch so vorsichtiger Diät ein Ekzema zuweilen nicht heilen kann, wenn der Reiz von Lauge, Farbstoffen, Zement, Blumen usw. nicht beseitigt wird. Aus dem Zusammenhang von Dermatosen mit einem „derangierten" Nervensystem ergibt sich die praktische Folgerung, bei der Therapie in erster Linie die Nerven wieder in Ordnung zu bringen. Alle Maßnahmen rekonstruierenden Charakters, speziell die bei Neurasthenie erprobten, sollten mit nicht ermüdender Ausdauer angewandt werden; dazu gehört in erster Linie die bekannte Trias: Eisen, Strychnin und Arsenik, Phosphor, in Pillenform oder Lösung gegeben, hat einen mächtigen Einfluß auf die Ernährung des Nervensystems, wenn in vorsichtigen Dosen gegeben, ebenso die verschiedenen Phosphorpräparate, wie die Hypophosphite und Glyzerophosphate. Lezithinpräparate bieten in vielen Fällen besondere Vorteile, auch die Mineralsäuren sind neurotonische Mittel, ferner Hydrotherapie, statische Elektrizität. Bei den Kongestionszuständen der Menopause (Rötung der Haut, Schwitzen) fand C. eine Mischung von Bromnatrium, Fowlerscher Lösung und Antipyrin als sehr geeignet. Stern-München.

Behandlung der Neurodermitis circumscripta chronica mit Radiotherapie und Skarifikationen, von Moutot und Jaubert de Beaujeu. (Lyon méd., 1913, Nr. 52.) Die Behandlung besteht darin, daß die Herde nach der üblichen Methode skarifiziert und dann belichtet werden. In 3 Fällen sehr gutes Resultat. In 3—4 Wochen war die Affektion geheilt. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Beziehungen zwischen Erythema nodosum und Tuberkulose, von F. S. Meara und Malcolm Goodridge-New York. (Cornell. Univ. med. Bull., Januar 1913.) Eine 25jährige Italienerin kam mit einem typischen Erythema multiforme des Gesichts und der Extremitäten, nebst einem Erythema nodosum zur Spitalsaufnahme. Dauernde

Digitized by Google

Temperatursteigerungen führten zu längerer Beobachtung; der Zustand der Patientin ging dauernd zurück, und unter Erscheinungen einer Lungenerkrankung ging sie nach etwa 6 Wochen zugrunde. Die Sektion ergab eine ausgedehnte Tuberkulose des rechten unteren Lappens mit Beteiligung der Zervikal- und Mediastinaldrüsen.

W. Lehmann-Stettin.

Erythema nodosum und Tuberkulose, von E. Moro-Heidelberg. (M. m. W., 1913, Nr. 21.) Die von Pollak aufgestellte Behauptung, daß das Erythema nodosum, welches jedenfalls (im Kindesalter) ausschließlich bei tuberkulösen Individuen vorkomme, auch tatsächlich eine tuberkulöse Hautaffektion sei, besteht nach M.s Beobachtungen durchaus nicht zu Recht. So hat M. unter 18 in München untersuchten Fällen wenigstens ein Kind mit Erythema nodosum beobachtet, welches auf die wiederholte Tuberkulinimpfung durchaus negativ reagierte; und bei weiteren Untersuchungen in Heidelberg kamen noch drei weitere negative Resultate hinzu, so daß unter 30 Fällen sich schließlich 4 Kinder als auf Tuberkulin vollständig negativ reagierend erwiesen. Wenn also das Erythema nodosum jedenfalls nicht als Tuberkulid aufzufassen ist, so ist dennoch das häufigere Auftreten der Dermatose bei tuberkulösen Kindern nicht zu leugnen. Andererseits dürften aber andere Faktoren wie Lymphatismus, vasomotorische Erregbarkeit usw. eine ausschlaggebende Rolle spielen. Philippi-Salzschlirf.

Ist das Erythema nodosum tuberkulösen Ursprungs? von Hutinel. (J. des pratic., 1913, Nr. 31.) Hutinel glaubt, daß es einstweilen noch unmöglich ist, zu behaupten, daß das Erythema nodosum tuberkulösen Ursprungs ist, wenn es auch häufig bei Tuberkulösen oder Tuberkulosekandidaten vorkommt. In manchen Fällen kann man eine paratuberkulöse oder eine banale Infektion dafür verantwortlich machen und vielleicht behalten auch die Verdauungsstörungen ihren Platz in der Ätiologie dieser Affektion bei, findet man doch gerade bei Kindern diese Ätiologie häufig.

A. Gunsett-Straßburg.

Erythema nodosum und Tuberkulose, von Gautier. (J. des pratic., 1913, Nr. 33.) Der Verfasser teilt zwei Krankengeschichten mit. Beide Patientinnen (25 und 16 Jahre alt) bekamen zuerst ein Erythema nodosum, auf welches bei der einen sofort eine Lungentuberkulose, bei der anderen ein Jahr später eine tuberkulöse Meningitis folgte.

A. Gunsett-Straßburg.

Erythema nodosum und Tuberkelbazillenseptikämie, von Landouzy. (Acad. de méd., 18. Nov. 1913.) Bei einem typischen Erythema nodosum mit Gelenkschmerzen wurde ein Knoten mikroskopisch untersucht. Man fand starke Gefäßveränderungen mit Wucherung der Endothelien und in einem Gefäßlumen mitten in einem Blutgerinsel einen Tuberkelbazillus. Dieser Befund wurde bei der Überimpfung eines Stückchens auf ein Meerschweinchen bestätigt. A. Gunsett-Straßburg.

Erythema nodosum und Tuberkulose, von Carle. (Lyon méd., 1914, Nr. 10.) Verfasser gibt eine allgemeine Übersicht über die Frage des Zusammenhanges zwischen Erythema nodosum und Tuberkulose oder anderen Allgemeinerkrankungen. Er resümiert, daß es nicht mehr angängig sei, Erythema nodosum als selbständige Diagnose gelten zu lassen; es müsse auch die Pathogenese mit ausgedrückt werden. Dadurch würde auch die Prognose und Therapie näher bezeichnet. Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Ätiologie des Erythema exsudativum multiforme, von K. Saisawa-Tokio. (D. m. W., 1913, Nr. 17.) Verfasser fand bei einem Fall von Erythema exsudativum multiforme, welcher mit Fieber einherging, im Blute und im Harn (Färbung mit verdünntem Karbolfuchsin) feine Stäbchen mit stumpfen Enden. Im frischen Präparat zeigten diese lebhafte molekulare Bewegung, sie besaßen keine Festigkeit gegen Säure und Alkohol, färben sich nicht nach Gram, befanden sich ganz frei im Blute und

Digitized by Google

hatten mit Vorliebe Diploform. Kulturversuche sind gescheitert. Verfasser nimmt an, daß der von ihm gefundene Bazillus zu der Krankheit in Beziehung gestanden hat und will durch diese Veröffentlichung zu weiterer Forschung anregen. Franz-Dresden.

Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme, von Leon Karwacki und Karol Zaleski. (Przegląd chorób skórnych i wenerycznych, 1913, Nr. 4, 5, 6.) Der beobachtete Fall dauerte bis zur Genesung zwei Monate, wobei Temperaturen bis 40° C, Halsschmerzen und Sehnenscheidenentzündungen öfters auftraten. Die genaue Untersuchung des Hautblaseninhaltes sowie des Blutes (auch Aussaat auf Pferdeserum mit 3% Glyzerin und Kälberleber) ergab die Anwesenheit spindelförmiger Parasiten im Blaseninhalte, den Rekurrensspirillen ähnlich; im Blute waren solche Gebilde nicht zu finden, dagegen aber andere, denjenigen ähnliche, die man im Blute bei Febris recurrens in der Zwischenanfallszeit findet und zwar dunkelviolette Kernchen, Kokkobazillen und Stäbchen in Häufchen. Die Untersuchung der Blutaussaat ergab dagegen die Gegenwart jener spindelförmigen Parasiten, die im Hautblaseninhalte gefunden wurden.

Außerdem fand sich Leukozytose sowie herabgesetzte Blutgerinnbarkeit, welche Veränderungen zu den Erscheinungen der hämorrhagischen Diathese gehören. Im obigen Falle war auch der Inhalt mancher Blasen hämorrhagisch. Den ganzen Verlauf machen die Verfasser von toxisch-infektiösen und angioneurotischen Faktoren abhängig. Den verschiedenen pathogenen Mikroorganismen wäre auch der oben erwähnte, spindelförmige Parasit als ätiologischer Faktor einzureihen. Heinrich Rosmarin-Lemberg.

Erythema multiforme, von Paul Chevallier und Toulant. (Bull. méd., 1913, Nr. 51.) Der Fall war dadurch ausgezeichnet, daß bei ihm eigenartige Augenveränderungen gefunden wurden und daß er der Ausgang einer kleinen Saalendemie wurde. Diese Tatsachen scheinen für die Spezifität des polymorphen Erythems zu sprechen. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Erythema multiforme, von Isadore Dyer-New Orleans. (New Orleans m. surg. J., Juni 1913.) Verfasser empfiehlt eine Revision der unter der Gruppe Erythema multiforme verstandenen Erkrankungen und wünscht die Definition weiter zu fassen, so daß auch Erythem auf neuropathischer Grundlage, Sonnenverbrennung, pellagröse Erytheme darunter fallen. W. Lehmann-Stettin.

Behandlung des polymorphen Erythems, von Albert Robin. (J. des pratic., 1913, Nr. 35.) Nach Ansicht des Verfassers ist das Erythema polymorphe hauptsächlich toxischen Ursprungs. Infolgedessen setzt er die Kranken auf Milchdiät und wirkt auf den Darm durch folgendes Pulver, das täglich nüchtern in einem Glas warmen Wassers zu nehmen ist: Natr. sulfur. cryst. 10 g, Natr. sulfur. in Aq. oxygen. cryst. 3—4 g. Ist die Diurese wiederhergestellt, so läßt er 3 g Natr. phosphor., 3 g Natrium sulfur. und 4 g Natr. bicarbon. in 1 Liter Wasser auflösen und 4mal täglich je 100 g davon beim Aufstehen, 1 Stunde vor dem Mittagessen, 1 Stunde vor dem Abendessen und beim Zubettgehen nehmen.

Lokal empfiehlt er folgendes austrocknende Pulver: Pulv. amyli 60 g, Zinc. oxyd. 15 g, Camph. pulv. 2 g, Ol. verben. gutt. III. A. Gunsett-Straßburg.

Übergang von Erythema multiforme bullosum in Pemphigus, von G. Weinländer. (W. kl. Rdsch., 1914, Nr. 6.) Bei einem Mädchen entstanden nach epileptischen Anfällen im Gesichte rote Flecken und schließlich Blasen; der Ausschlag ergriff bald den ganzen Körper. Die anfangs kleinen Blasen saßen erst nur auf erythematösen Stellen, traten dann aber auch auf normaler Haut auf. Das Fehlen von Quaddeln spricht gegen Dermatitis herpetiformis. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Akute Exantheme.

Die milderen akuten infektiösen Exantheme, von U. Franchetti-Florenz. (Riviste sintetiche, 1914, Nr. 4.) Nichts Neues; Verfasser fordert, daß alle Ärzte diese Formen von Exanthemen genau kennen, damit sie sie nicht mit den schwereren Formen verwechseln. E. Rossen-Wiesbaden.

Eine Baseler Scharlachstatistik, von P. Wolfer. (Korr. Bl. Schweiz., 1913, Nr. 17.) Eine Statistik von 250 nicht spezifisch behandelten Fällen, Gesamtmortalität 1.2 %. Verfasser bringt im Anschluß eine Statistik der therapeutischen Erfolge bei Scharlach aus der Literatur der letzten Jahre. In der Diskussion zu obigem Vortrag (ibid. Nr. 12) erwähnt Stachelin, daß die Internierungsdauer der Scharlachkranken gegenwärtig auf 8 Wochen festgesetzt ist; nach seiner Ansicht könnte diese Zeit herabgesetzt werden, da die längere Isolierung das gewünschte Resultat trotz aller Bemühungen nicht erreicht hat. A. Burckhardt weist darauf hin, wie ungeheuer wechselnd die Bösartigkeit der Scharlachepidemie ist; deshalb hätten statistische Vergleiche über Erfolge der Therapie an verschiedenen Orten keinen großen Wert.
Haas-Hamburg.

Über Skarlatina, von K. Preisich-Budapest. (Gyógyászat, 1913, Nr. 12.) In den Lehrbüchern heißt es irrtümlich, daß das von Scharlach hervorgerufene Fieber rasch den Höhepunkt erreicht und mit geringen Schwankungen einige Tage hoch bleibt und dann allmählich, d. h. mit Lysis, aufhört. Wenn man außer dem Hautausschlag als einer auf Skarlatina hinweisenden Erscheinung nur Rachenhyperämie kleineren oder größeren Grades findet, dann fällt das rasch emporgestiegene Fieber nach einige Tage anhaltenden geringeren Schwankungen rasch in 1—2 Tagen, d. h. es fällt kritisch, die Temperatur wird beinahe oder ganz normal. Der größere Teil sämtlicher Skarlatinaerkrankungen, auch im schlimmsten Falle 50 %, sind solcher Natur, deshalb muß man bei Skarlatina das kritische Fieber als charakteristisch ansehen. Die Tendenz zur kritischen Temperaturabnahme kann oft leicht erkannt werden, auch wenn das Fieber mit Lysis endet. Der skarlatinöse Fieberverlauf deckt auch das klinische Bild ganz. Endgültige kritische Temperaturabnahme sah Verfasser dort, wo die Erkrankung rein und ohne Komplikation verlaufen ist. Wenn das Fieber von diesem Typus abweicht, stört etwas das Bild der reinen Krankheit. Zumeist ändert sich das Rachenbild. Manchmal ist eine Nasenschleimhaut- und akute Lymphdrüsenanschwellung oder die Erkrankung einer Serosa die Komplikation. Zumeist verläuft das Fieber wegen der Komplikation und nach ihrer Natur mit Lysis. Reiner Scharlach kann sich auch nach der kritischen Temperaturabnahme einige Tage später zu einem Scharlach mit Komplikationen umgestalten. Die Temperatur steigt dementsprechend wieder, um dann zumeist mit Lysis aufzuhören. In reinen Scharlachfällen findet man im Blute der Patienten oder in ihren Gewebssäften nach dem Tode keine pathogenen Bakterien. In Skarlatinfällen mit Lysis findet man im Rachen, in der Nase, im Gehörorgan, in den Lymphdrüsen, eventuell auch anderwärts den Streptococcus pyogenes und von diesem hervorgerufene Veränderungen. Auch bakteriologisch können sie nachgewiesen werden. Die Scharlacherkrankung disponiert stark zu Streptokokkeninfektionen. Nicht nur Streptokokken können als skarlatinöse Koinfektionen figurieren, sondern auch viele als pathogen erkannte Bakterien. Kritische Temperaturabnahme kann man am dritten, vierten oder weiteren Tagen nicht der Wirkung des Medikamentes zuschreiben. Nach Moserschem Serum tritt die Temperaturabnahme nach Stunden oder Tagen ein. Auch andere Symptome ändern sich nicht nach Anwendung des Serums in einheitlicher Weise. Der

Digitized by Google

Ausschlag wird in einem Falle lebhaft, in dem anderen wurde er blaß. Komplikationen verhindern kann das Serum nicht. Das Mosersche Serum kann das klinische Bild des Scharlachs nicht ändern. Porosz-Budapest.

Zur Theorie des Scharlachs, von Armas Cederberg-Helsingfors. (B. kl. W., 1914, Nr. 2.) C. schließt sich der Ansicht von Escherich und Schick an, daß das Scharlachexanthem primär-toxischen — nicht allergischen — Ursprungs ist, daß aber die postskarlatinösen Erkrankungen auf allergischen Mechanismus zurückzuführen sind. E. Rossen-Wiesbaden.

Studie zur Ätiologie des Scharlachs, von Kornel Preisich. (Virch. Arch., 1913, Bd. 213, S. 507.) Nach zahlreichen, kursorisch berichteten bakteriologischen, immunisatorischen und serologischen Versuchen kommt Verfasser zu den Schlüssen: 1. Der Scharlacherreger ist wahrscheinlich ein an der Grenze des Sichtbaren stehender Mikroorganismus, welcher bis jetzt von Molekularkörperchen nicht differenzierbar ist. 2. Die künstliche Übertragung des Scharlachs gelingt weder auf Tiere noch Menschen. 3. Es ist bis jetzt nicht gelungen, die Scharlachdiagnose bakteriologisch, oder serologisch, oder serohistologisch auf höhere Basis zu stellen. 4. Scharlach allein ist eine leichte Erkrankung. Der schwere Scharlach ist mit seltenen Ausnahmen eine kombinierte Erkrankung. Die Häufung irgend einer Art der Mischinfektion bestimmt den Charakter einer Epidemie. Ein Mittel, welches gegen Scharlach spezifisch sein soll, wird nicht in Mischinfektion heilen. Diese beansprucht eine kombinierte Therapie. Werther-Dresden.

Scharlachinfektionsversuche an Affen, von Felix Schleissner-Prag. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 18.) Unter 22 Infektionsversuchen, die mit aus Scharlachblut und -eiter rein gezüchteten Streptokokken bei Affen vorgenommen wurden, gelang es neunmal, eine als „Affenscharlach" bezeichnete Krankheit zu erzeugen: Fieberhafte Angina, zuweilen Exantheme und Enantheme, Himbeerzunge, später Schuppung im Gesicht und besonders an Handtellern und Fußsohlen, kein Todesfall, keine Komplikationen.

Verfasser möchte daher die Streptokokken als Erreger des Scharlachs bezeichnen, wenn er auch die Frage noch nicht für völlig gelöst hält. Die Unmöglichkeit, färberisch und kulturell Scharlachstreptokokken von denen des Erysipels und der Sepsis zu unterscheiden, schließt nicht aus, daß biologische Differenzen vorliegen, die auch schon durch verschiedenartige Komplementbindung gelegentlich gefunden sind. H. Lautsch-Graudenz.

Über abortiven Scharlach in den ersten Lebensmonaten, von Levi-Berlin. (Beitr. z. Klin. d. Infekt.-Krkh., 1914, Bd. 2, H. 2.) Kinder aus den ersten Lebensmonaten besitzen, wenn sie nur der Infektion ausgesetzt sind, keine besondere Immunität gegen Scharlach. Die Scharlacherkrankung bei Kindern aus den ersten Lebensmonaten, besonders bei Brustkindern frischdurchscharlachter Mütter, scheint in der Regel einen leichten abortiven Verlauf zu nehmen. Bei vorhandener Disposition erkranken Wöchnerinnen, die der Ansteckungsmöglichkeit ausgesetzt sind, in derselben Häufigkeit wie disponierte Personen desselben Lebensalters. Junghanns-Dresden.

Einfluß des Scharlachs auf die Wassermann-Reaktion, von B. Jacobovics-Budapest. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 27.) Verfasser fand insgesamt unter den von 55 Individuen stammenden 178 Scharlachseren bei 37 Seren, die von 18 Individuen stammten, ein positives Resultat. Bei 16 erst nach Aufhören der akuten Symptome, also etwa am 20.—23. Tag der Krankheit. Das Aufhören der Positivität konnte er in 16 Fällen beobachten, am 35., am spätesten am 48. Tage der Krankheit. In zwei Fällen zeigte eine am letzten Tage der Beobachtung, u. z. am 42. und 44. Tage der Krankheit vorgenommene Wassermann-Reaktion noch immer ein positives Resultat. In 83% der positiven Fälle

Digitized by Google

fand Verfasser in der Kehle Nekrose, und von 18 positiven Fällen konnte er nur drei zu den milden Scharlachfällen zählen. In drei Fällen von Nephritis postscarlatinosa nahm er neunmal Untersuchungen vor, die immer ein negatives Resultat ergaben. Nach einem tabellarischen Ausweis faßt Verfasser seine Untersuchungsergebnisse in folgendem zusammen: 1. Es ist zweifellos, daß es gewisse Stoffe in dem Organismus mancher scharlachkranken Individuen gibt, welche positive WASSERMANN-Reaktionen ergeben. Die Positivität stellt sich sozusagen immer nach gänzlichem Aufhören der akuten Symptome ein. 2. Die Positivität wird eher bei schwereren Erkrankungen beobachtet. 3. Die Positivität übertrifft sehr selten die Zeitdauer der Krankheit, und so beeinflußt sie nicht die bei Lues anerkannte diagnostische Richtigkeit der WASSERMANN-Reaktion. 4. Auf Grund der Positivität können pathologische Folgerungen bezüglich des Scharlachs nicht gezogen werden. Porosz-Budapest.

Zur Frage nach der Bedeutung der DÖHLEschen Leukozyteneinschlüsse beim Scharlach, von ARTUR LIPPMANN und A. HUFSCHMIDT-Hamburg. (Zbl. f. inn. M., 1913, Nr. 15.) Man hatte im Kampfe der Meinungen über die Ätiologie des Scharlachs „Streptokokken oder Protozoen?" für die Protozoen die drei Momente ins Feld geführt: 1. Fehlen, resp. inkonstantes Vorkommen von Bakterien, 2. das Vorkommen der positiven WR und endlich 3. den bisweilen eklatanten Erfolg des Salvarsans. Als aber der Erfolg des Salvarsans sich als wenig konstant erwies und fast nur in Fällen mit schweren Anginen sich einstellte und ferner man positive WR auch bei anderen, sicher nicht durch Protozoen hervorgerufenen Krankheiten (z. B. Lepra) beobachtete, wurden die Ansichten wieder schwankend, bis DÖHLE in 30 Scharlachfällen konstant reichliche Leukozyten im Blutausstriche gesehen hatte, welche im Protoplasma Einschlüsse von wechselnder Form und Größe zeigten, die er als Spirochäten ansprach. Diese Beobachtungen DÖHLES wurden vielfach nachuntersucht, auch von den Verfassern, die aus ihren Untersuchungen zu folgenden Schlüssen kamen: Die DÖHLEschen Leukozyteneinschlüsse sind Produkte eines im Körper vor sich gehenden exzessiven Zellverfalls, ev. von Leukozyten aufgenommene Zellreste, und wir fordern auf, über das Parallelgehen von Urobilinogenurie und Auftreten von Zelleinschlüssen weitere Beobachtungen zu sammeln.

Die Verfasser, deren Arbeiten hier nicht wiedergegeben werden können, halten die DÖHLEschen Befunde in diagnostischer Beziehung für gleichwertig mit der Urobilinogenreaktion. Bei hohem Fieber und Fehlen dieser Befunde ist nach ihrer Meinung ein Scharlach wenig wahrscheinlich; Auftreten der Körperchen andererseits beweist nicht ohne weiteres Scharlach. Lasch-Breslau.

Über die DÖHLEschen Scharlachkörperchen, von A. PAPPENHEIM. (Fol. haemat., Arch., 1913, Bd. 15, H. 2.) Der Auffassung, daß es sich bei den bewußten Einschlüssen um Kernabsprengungen handelt, kann sich Verfasser nicht anschließen, da die mikrochemische Reaktion der Einschlüsse nicht derjenigen des Kerns entspricht. Parasiten kann Verfasser in den Einschlüssen ebenfalls nicht sehen. Nach Ansicht des Verfassers handelt es sich bei den fraglichen Gebilden „um pathologisch degenerative Zusammenballungen des basophilen Grundplasmas der plasmatisch unreifen Zelle", eine Ansicht, die Verfasser an bestimmten Vorgängen in den Granolozyten anschaulich zu machen versucht. Wenn, wie Verfasser annimmt, die von ihm gegebene Erklärung und seine Vermutung richtig wäre, so würde es sich bei der Entstehung der Einschlüsse um einen ganz analogen Prozeß handeln wie bei der Entstehung der basophilen Punktierung der Erythrozyten aus diffuser Polychromophilie. Graetz-Hamburg.

Die DÖHLEschen Leukozyteneinschlüsse, von ALEX. BRINCHMANN. (B. kl. W., 1913, Nr. 27.) Verfasser berichtet über eigene Untersuchungen. Zusammenfassend ist auffallend der anscheinend unzweifelhafte positive Blutbefund bei allen Scharlach-

Digitized by Google

kranken, die in den ersten Tagen der Krankheit zur Untersuchung gekommen sind, und zwar nicht nur die fulminanten oder ausgesprochenen, sondern auch die atypischen Scharlachfälle. Die Genese und biologische Bedeutung der Einschlüsse kann noch nicht als feststehend gelten. Georg Heymann-Elbing.

Das Rumpel-Leedesche Phänomen bei der Diagnose des Scharlachs, von George Richardson. (Edinburgh m. J., Dezember 1913.) In Fällen, wo die Diagnose Scharlach zweifelhaft ist, wird über dem Ellenbogen eines (warm gehaltenen) Armes eine Binde angelegt und 5—15 Min. liegen gelassen. Die positive Reaktion zeigt sich nach dem Abnehmen in Form von kleinsten Petechien, die distal von der Binde an Zahl abnehmen. Verfasser hat nun eine große Anzahl von Fällen untersucht und kommt zu dem Schlusse, daß das Phänomen vom 4. bis ca. 16. Tage ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel in zweifelhaften Scharlachfällen ist. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Frage über die Komplementbindungsreaktion bei Scharlach, von M. Isabolinsky und W. Legeiko-Smolensk. (Zbl. f. Bakt., 1913, Bd. 71, H. 5—7.) Die Ergebnisse der Untersuchung von 46 Scharlach- sowie 14 Kontrollfällen durch Verfasser sprechen gegen die Spezifität einer Komplementbindungsreaktion bei Scharlach; sie beweisen nur, daß die Reaktion bei einigen Kranken sporadisch auftritt und nach kurzer Zeit schwindet. Als Antigen benutzten die Verfasser Alkohol- und Kochsalzextrakte von an Scharlach verstorbenen Kindern. Oskar Gans-Hamburg.

Untersuchungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren bei Scharlach, von W. Schulz und L. R. Grote-Charlottenburg. (M. m. W., 1913, Nr. 45.) Verfasser haben nach dem Abderhaldenschen Verfahren serologische Untersuchungen bei 27 Scharlachfällen, welche sich zwischen dem dritten und dem 81. Krankheitstage befanden, unter Verwendung von Lymphdrüsenmaterial verschiedener Provenienz ausgeführt. Die verwendeten Drüsen stammten teils von Patienten, die an einem nichtinfektiösen Leiden zugrunde gegangen waren (Mitralfehler, Fettembolie der Lunge nach Oberschenkelfraktur, arteriosklerotische Gehirnapoplexie), teils handelte es sich um hyperplastische Halslymphdrüsen von einem Scharlachfalle. Wie aus der mitgeteilten Tabelle ersichtlich, wurde in der Zeit vom 6. bis zum 31. Tage bei dem Serum ein positives Ergebnis in bezug auf den Abbau des Lymphdrüseneiweißes fast immer (drei Versager) konstatiert. Diese Fermentwirkung ist aber als spezifisch gegen die Lymphdrüse als solche und nicht etwa als allein spezifisch gegen die durch das Scharlachvirus veränderte Lymphdrüse aufzufassen. Auch ist zu bemerken, daß das Vorhandensein oder Fehlen von Fieber keinen besonderen Einfluß auf die Reaktion auszuüben scheint. Philippi-Salzschlirf.

Über Stauungsblutungen in der Haut und ihre Bedeutung für die Diagnose des Scharlachs, von Franz Ebner. (Diss., Leipzig 1912.) Fritz Loeb-München.

Über die Anwesenheit besonderer Antikörper im Blutserum von scharlachkranken Kindern, von G. Caronia-Neapel. (Pathologica, 1914, Nr. 127.) Verfasser hat ein alkoholisches Extrakt aus den Schuppen von Scharlachkranken hergestellt und damit Komplementablenkungsreaktionen in zahlreichen Fällen ausgeführt. Aus seinen Beobachtungen gibt er folgende Schlußfolgerungen: 1. Das aus Hautschuppen scharlachkranker Kinder hergestellte Antigen lenkt in Gegenwart von Blutserum von Scharlachkindern, das während der exanthematischen Periode entnommen wurde, selten das Komplement ab; dagegen erfolgt die Komplementablenkung in Gegenwart von während der desquamativen Periode des Scharlachs entnommenen Blutserums fast konstant; wenn schließlich das Blutserum von Rekonvaleszenten oder von Kindern mit Komplikationen des Scharlachs herstammt, so erfolgt eine schwächere Komplementbindung. 2. Wendet man Blutserum von Scharlachkranken und syphilitisches Antigen an, so tritt sehr oft

Digitized by Google

Komplementbindung ein; diese tritt jedoch seltener ein, wenn das Blutserum während des exanthematischen Stadiums gewonnen wurde. 3. Wendet man Blutserum von Luetikern und Scharlachantigen an, so tritt stets Komplementbindung ein. 4. Wendet man Scharlachantigen und Blutserum von normalen Individuen oder von Kranken, die eine andere, von Lues und Scharlach verschiedene Krankheit haben, so tritt nie Komplementablenkung ein. H. Rühl-Turin.

Die Abblassungserscheinungen des Scharlachexanthems in ihrer weiterreichenden Bedeutung, von Oskar Kirsch-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 45.) Nach Ablauf eines Scharlachexanthems macht sich sowohl an den arteriellen als an den venösen Hautgefäßen eine Funktionsstörung geltend, welche sich in einer Neigung derselben äußert, in einem Zustande relativer Verengerung zu verharren, der jedoch infolge krankhafter Reizbarkeit der Hautarteriolen und -kapillaren schon bei geringfügigen Reizen in brüske, exzessive Dilatation umschlägt. Die Veränderung des Hautorgans weist gewisse Züge eines Zustandes auf, den wir bisher als „vasomotorische Neurose" bezeichnet haben. Offenbar liegt aber eine toxisch entzündliche Schädigung der peripheren Hautgefäße vor mit schwerer Motilitätsschädigung der Kapillaren selbst. Vielleicht sind die bei Scharlach beobachteten Veränderungen an anderen Organen, z. B. der Niere auf ähnliche Gefäßveränderungen zurückzuführen. W. Lehmann-Stettin.

Anomales Scharlachexanthem, von J. A. Schabad-Petersburg. (Arch. f. Kindhlk., 1913, Heft 62.) Mitteilung dreier Scharlachfälle ohne das charakteristische Exanthem; dagegen waren die Hautfollikel der ganzen Haut stark geschwollen, was mehrere Tage anhielt und eine reichliche Schuppung zur Folge hatte. Teils ein charakteristischer Scharlachfall in der Familie, teils andere Symptome, wie Nasenbluten, Erbrechen, Angina und Lymphadenitis bestätigten die Diagnose. Chrzelitzer-Posen.

Über heftige Abdominalschmerzen bei Scharlach, von Edgar Mey. (Petersb. m. Zschr., 1913, Nr. 21.) Verfasser bringt die Krankengeschichten zweier Scharlachpatienten, die plötzlich unter hoher Temperatursteigerung an außerordentlich heftigen Schmerzen im Leibe erkrankten; diese konnten nicht deutlich lokalisiert werden, nahmen in den ersten Tagen zu und verschwanden nach etwa einer Woche mit dem Temperaturabfall spurlos. Da bei beiden Fällen stark geschwollene Halslymphdrüsen vorhanden waren, glaubt Verfasser, daß es sich um die Entzündung von Lymphdrüsen im Abdomen gehandelt habe. Richard Frühwald-Leipzig.

Hemiplegie im Verlaufe eines Scharlachs, von P. Savy und M. Favre. (Lyon méd., 1913, Nr. 21.) Ein 19jähriger Patient hatte einen Scharlach mit Albuminurie, der einen normalen Verlauf nahm. Am zehnten Tage, als der Ausschlag fast, die Albuminurie und das Fieber völlig geschwunden waren, trat plötzlich eine rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie auf, die in 48 Stunden zum Tode führte. Verfasser glauben, daß es sich um eine Enzephalitis und eine thrombotische Obliteration der A. Sylvii infolge einer infektiösen Arteriitis gehandelt habe. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein geheilter Fall von Scharlach, kombiniert mit Meningitis meningococcica, von Z. Barabás-Budapest. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 24.) Ein $5^1/_2$jähriger Knabe mit Varizellagrind erkrankte an Scharlach. Nach dessen Verlauf wurde er, obgleich er während der ganzen Zeit mit Fremden nicht in Berührung gekommen war, von Meningitis cerebrospinalis epidemica befallen. Die erste fieberhafte Bewegung trat am 18. Tage nach der Aufnahme, am 20. Tage nach der Erkrankung an Scharlach, nach 10tägiger fieberfreier Periode auf. Bei den einzelnen lumbalen Punktionen entnahm Verfasser niemals mehr als 25—30 ccm Liquor; während der 17 lumbalen Punktionen also insgesamt etwa 410—430 ccm. Erst dann hörte die Somnolenz auf. Bakterio-

Digitized by Google

logische Untersuchungen in dem Sekret der Nasenrachenhöhle wiesen denselben Mikroorganismus nach wie in der Rückenmarkflüssigkeit, d. i. den Weichselbaumschen Meningokokkus. In diesem Sinne war der Patient ein Kokkusträger. Im gesunden Zustande traten keinerlei Symptome auf. Für den durch den Scharlach geschwächten Organismus hatten die Kokken genügende Virulenz. Porosz-Budapest.

Zur Kenntnis der nephritischen Herzanomalien bei Scharlach und ihre Behandlung, von Adolf Baginsky. (B. kl. W., 1913, Nr. 42.) Es handelt sich um zwei scharlachkranke Kinder. In dem einen Fall beobachtete man augenscheinlich urämische, von der Erkrankung der Nieren eingeleitete Symptome; nur waren es nicht die alltäglichen, nicht die so häufig sich zuerst meldenden Kopfschmerzen, kein Erbrechen, keine Konvulsionen. Eine schwere Mitbeteiligung des Herzmuskels, die sich äußerte in einer das rechte Herz besonders bedrohenden Dilatation mit obligater Stauung im Lungenkreislauf, und Lungenödem waren in dem Fall in Vordergrund getreten und zwangen, mechanisch durch Venaesektion rasch Abhilfe zu schaffen, um sodann durch unterstützende innere Mittel (Digalen, Koffein) dem Herzmuskel mit gutem Erfolg zu Hilfe zu kommen. Auch konsequente Anwendung von Schwitzbädern ist in diesem Falle möglich, da er fast fieberfrei verlief. Anders im zweiten Falle: Spärliche, fast unterbrochene Diurese bei kruentem, sehr eiweißreichem Harn, Hydrops universalis mit Stauungen in den Lungen, Dilatatio cordis nach rechts und nach links, alles das zusammen mit hohem Fieber ließ die erprobten Schwitzbäder nicht zu. An ihrer Stelle wurde von kalten Packungen Gebrauch gemacht und in der ursprünglich kalten Packung das Kind durch längeres Verweilenlassen zum Schwitzen gebracht, mit ganz überaus erfreulichen Erfolgen. Diese „kalten Schwitzpackungen" haben sich schon in weiteren zahlreichen Fällen bewährt, manches Mal sich als geradezu lebensrettend erwiesen. Georg Heymann-Elbing.

Ein Fall von vermehrter Glykuronsäureausscheidung bei Scharlach, von Oppenheimer-Halle. (D. m. W., 1913, Nr. 28.) Es handelt sich um einen scharlachkranken Knaben, dessen Urin zeitweise die Trommersche Zuckerreaktion zeigte bei niedrigem spezifischen Gewicht. Im Polarisationsapparat Drehung nach links. Im wissenschaftlichen Institut von Abderhalden wurden Glykuronsäure nebst Glykuronsäurepaarlinge: Phenyl- und Indoxylglykuronsäure nachgewiesen. Junghanns-Dresden.

Rückfallerkrankungen bei Scharlach, von John Marshall Day. (Dublin J., Mai 1913.) Verfasser bespricht diejenigen Fälle, wo ein Scharlachkranker nach völliger Heilung und entsprechend langer Isolierung nach Hause zurückkehrt und in wenigen Tagen jemand anderen infiziert. Die Infektionsquelle kann dabei in den Kleidern liegen. Das größte Gewicht legt der Verfasser eher auf den Zustand der Nase, des Halses und der Ohren. Solange die Kinder noch Rötung des Rachens oder Ausfluß aus der Nase haben, müssen sie isoliert werden; ebenso steht es mit der Otorrhöe. Wird diese chronisch, so muß die Isolierung wenigstens zwei Monate dauern. Auch Gesunde können im Rachen Infektionskeime haben und durch die Atmungsluft infektiös werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Heimkehrfälle (Return cases) unter den Scharlacherkrankungen des städtischen Elisabeth-Krankenhauses zu Aachen in den Jahren 1893—1910 inkl., von Johannes Haas. (Diss., Bonn 1913.) Trotz umständlicher prophylaktischer Prozeduren hatten weder Pospischill noch Sörensen ein wesentlich besseres Resultat als in Jahren, wo zu Entlassende weniger vorbehandelt wurden. Pospischill berechnet 3,15% Sörensen 3,6% bei strenger Prophylaxe. Von der Erfolglosigkeit aller Prophylaxe in diesem Falle überzeugt, hatte Sörensen einige Jahre kein besonderes Ent-

Digitized by Google

lassungsverfahren angewandt. Er erhielt dann 4,3% Anstecker. Die bisher angewandten prophylaktischen Methoden haben versagt. In den Fällen des Verfassers handelt es sich um 1699 Scharlachfälle mit 39 Heimkehrfällen, d. h. 2,29% (bzw. 34 = 2%, wenn zweifelhafte Fälle abgezogen werden). Da der niedrige Prozentsatz auffällt, setzt Verfasser auseinander, wie er seine Zahlen gewonnen hat (siehe Originalarbeit). Einen Grund für diese Tatsache kann er nicht beibringen. Es kann auch die Heftigkeit des Auftretens des Scharlachs nicht mit der Zahl der Heimkehrfälle ohne weiteres in Beziehung gebracht werden. Für die Zahl dieser Fälle ist lediglich entscheidend die Zahl der Anstecker, die allerdings mit der Größe der Epidemie wächst, und die Zahl der Ansteckungsfähigkeiten, die umgekehrt in großen Epidemien meist vor der Rückkehr des Ansteckers sich anderwärts infiziert haben werden. Auch die Vorbehandlung der Genesenen kann nicht die Ursache für den geringen Prozentsatz der Heimkehrfälle bilden. 24 (20) Anstecker haben 39 (34) neue Fälle dem Krankenhause zugebracht. Von den Ansteckern sind 13 Knaben und 11 Mädchen, von den Return cases sind 23 Knaben und 16 Mädchen. Alle Geschwistererkrankungen werden entweder von derselben Quelle angesteckt oder von verschiedenen. Im ersteren Falle erfolgt die Infektion gleichzeitig, so daß auch der Ausbruch der Erkrankung meist gleichzeitig ist. Erfolgt der Beginn der Erkrankung nicht gleichzeitig, so dürfen die beiden Erkrankungen höchstens um eine Zeit nacheinander folgen, die gleich ist der höchsten Inkubationszeit, vermindert um die Inkubationszeit der ersten Erkrankung, also höchstens 13 Tage. Bei nicht gleichzeitiger Infektion kann der Beginn der zweiten Erkrankung entsprechend später erfolgen. Nach dem heutigen Standpunkt nimmt man im allgemeinen an, daß die erste Schuppung noch Infektion vermitteln kann, während im allgemeinen die Spätschuppung nicht als gefährlich zu betrachten ist. — Das letzte Wort in der Prophylaxe der Return cases kann erst gesprochen werden, wenn der Erreger des Scharlachs entdeckt ist; erst dann kann auch nachgewiesen werden, woher die Infektiosität der Geheilten rührt. Fritz Loeb-München.

Die Therapie des Scharlachs, von Erich Benjamin-München. (Ther. Mh., Februar 1913.) Ein sehr interessanter, lesenswerter Aufsatz über die Behandlung des Scharlachs und der Prophylaxe. In umfassender Weise bespricht der Verfasser neben den üblichen Behandlungsmethoden — auch der Komplikationen — die Serumtherapie. Besonders als Prophylaktikum bedient sich der Verfasser des Pferdeserums oder Diphtherieheilserums, wobei es ihm gelang, öfter den Krankheitsverlauf zu lindern. Besonders eingehend beschäftigt sich Benjamin mit den Scharlachkomplikationen. Seine Behandlungsmethode hinsichtlich der Mittelohrkomplikation ruft den Widerspruch von W. Uffenrode-Göttingen hervor (Ther. Mh., April 1913). Während Benjamin die Parazentese erst vornimmt, wenn bei hohem Fieber der Warzenfortsatz druckempfindlich wird, das Trommelfell stark vorgewölbt ist und die spontane Perforation auf sich warten läßt, hält Uffenrode eine sofortige ausreichende Parazentese als die rationell erscheinende Maßnahme, die der Komplikationsgefahr entgegenzuarbeiten sucht. Uffenrode verlangt die sofortige Zuziehung der Spezialisten. Chrzelitzer-Posen.

Zur Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum, von Emil Reiss-Frankfurt a. M. (Ther. Mh., 1913, Heft 6.) Der Verfasser weist im Gegensatz zu Benjamin, der dem Rekonvaleszentenserum für die Praxis keine Bedeutung beimißt, nochmals auf die von ihm geübte Methode der Herstellung von Rekonvaleszentenserum hin, mit dem er in schweren und schwersten Fällen gute Erfolge erzielt hat.
Chrzelitzer-Posen.

Über Scharlachrekonvaleszentenserum, von R. Koch-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1913, Nr. 47.) Zur Behandlung von schweren Scharlachfällen ist auf der Schwenken-

Digitized by Google

BECHERschen Abteilung des Frankfurter Krankenhauses, wie schon früher berichtet, die intravenöse Einführung von Blutserum, das Rekonvaleszenten in der Zeit vom 18.—24. Tage entnommen war, ausgeübt worden. Verfasser berichtet über eine weitere Serie von 22 Fällen, welche auf diese Weise behandelt wurden. Außer einem schon in Agonie aufgenommenen und eine Stunde nach der Injektion verstorbenen Kranken sind alle Patienten wieder genesen. Man gab Einspritzungen teils von 95—100 ccm Serum, teils von nur 10—20 ccm. Verfasser hebt besonders die günstige Einwirkung auf das Gesamtbefinden hervor. Daß unter den 22 resp. (Hinzurechnen von 6 weiteren seit Abfassung der Arbeit noch aufgenommenen) 28 so behandelten Fällen kein Fall von hämorrhagischer Nephritis vorkam, dürfte nach K.s Meinung auch mehr als eine bloße Zufälligkeit bedeuten. Philippi-Salzschlirf.

Über Scharlachbehandlung, von K. PREISICH-Budapest. (Vortrag, gehalten in der Sitzung des Spitalärztevereins am 28. Dez. 1912.) In der Behandlung des Scharlachs kann man nur so eine korrekte Richtung einhalten, wenn man den reinen Scharlach von Scharlacherkrankungen, die durch andere Infektionen (Streptokokken usw.) hervorgerufen werden, trennt. Diese machen 50—80% der Fälle aus, und hiervon enden 2—4% letal. In 10—15% komplizierten die Fälle Streptokokken-, bzw. Staphylokokken-, Pneumokokken-Influenza und von anderen Bakterien hervorgerufene Erscheinungen. Diese machen sie auch schwer, so daß 15—25% letal enden. Reiner Scharlach bedarf nur selten einer Behandlung. Außer der symptomatischen Behandlung versuchte Verfasser bei diesen das Blutserum der an Scharlachnephritis leidenden urämischen Individuen anzuwenden und beeinflußte dadurch günstig den Verlauf der Krankheit. Bei den gemischt infizierten Scharlachkranken kann auch das Rekonvaleszentenserum Linderung bringen, aber nur, solange sich die akuten Symptome des Scharlachs entwickeln und nur gegen diese, während gegen die von einer Mitinfektion hervorgerufenen Erscheinungen das Serum wirkungslos ist. Gegen diese hat sich das Argentum colloidale, Elektrargol, Chininsublimat, MARMOREK-, ARONSON-, MOSER-Serum, Streptokokken-Antitoxin als wirkungslos erwiesen. Verfasser hat Autovakzine mit gewissem Resultat versucht und nimmt diesbezügliche Studien vor. Er hält es in erster Weise für wichtig, bei den schon kranken Individuen die Koinfektion zu verhindern. Er verlangt die Absonderung der infizierten und der reinen Scharlachkranken. Porosz-Budapest.

Verschiedenes.

Prof. ERICH HOFFMANN in Bonn wurde zum Generaloberarzt befördert.

Prof. V. AUGAGNEUR, gewesener Vorstand der dermatosyphil. Klinik in Lyon, fungiert gegenwärtig als französischer Marineminister, nachdem er vordem Gouverneur von Madagaskar und Minister des öffentlichen Unterrichts und der schönen Künste gewesen. Noch im Vorjahre war von ihm (unter Mitarbeit von M. CARLE und ANDRÉ AUGAGNEUR) die zweite Auflage seines „Précis des maladies vénériennes" erschienen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

26. September 1914 | Nr. 39 | Band 59

Untersuchungen über den Liquor cerebrospinalis in bezug auf die Beteiligung des Nervensystems bei der sekundären Syphilis.

Von

Udo Julius Wile, A.B., M.D., und John Hinchman Stokes, A.B., M.D.,

Professor der Dermato-Syphilidologie im Department of Medicine and Surgery der Universität von Michigan zu Ann Arbor.

Hausarzt der Abteilung für Dermatologie und Syphilidologie im Department of Medicine and Surgery der Universität von Michigan zu Ann Arbor.

(Übersetzt von Dr. A. Philippi, Salzschlirf.)

(Schluß.)

Hautläsionen und zerebrospinale Affektionen.

Bei der Aufstellung dieser Tabelle wurde nach folgenden Grundsätzen verfahren: Die mit polymorphen Ausschlägen behafteten Fälle wurden in diejenige Gruppe, die dem markantesten Symptom der Affektion entsprach, eingereiht. Wenn jedoch, wie bei manchen makulo-papulösen Syphiliden, zwei Momente gleich bedeutsam entwickelt waren, wurde der betreffende Fall sowohl bei der Gruppe Roseola als auch bei der Rubrik papulöser Ausschlag mitgezählt. Der gleiche Grundsatz wurde befolgt bei etwaigem papulösen Ausschlag mit einer ausgesprochenen follikulären Komplikation. Fälle, die binnen 15 Monaten nach der Infektion nodulo-ulzerative tertiäre Läsionen aufwiesen, wurden dem malignen pustulösen Typ zugerechnet, und der eine oder andere Fall von vorzeitigem papulo-pustulösem Ausschlag wurde sowohl bei den papulösen als auch bei den malignen Formen gezählt. Demnach geben unsere Zahlen eher die relativen Verhältnisse als die eigentliche Häufigkeit an.

	Positiver Befund am Liquor	Negativer Befund am Liquor
Roseola	5	4
Läsionen der Schleimhaut	8	5
Papulöser Ausschlag	13	3
Alopezie	4	2
Follikuläres Syphilid	8	2
Pustulöse und frühzeitig maligne Typen	3	2
Extragenitaler Schanker	2	1
Noch nicht geheilter Schanker	4	3

Digitized by Google

Bei dieser Tabelle fällt vor allen Dingen sofort das ausgesprochene Überwiegen der zerebrospinalen Beteiligung bei Fällen mit Effloreszenzen vom indurierten, papulösen und follikulären Typus auf. Dieses Resultat stimmt sehr präzis mit den von RAVAUT berichteten Beobachtungen, auf welche weiter oben hingewiesen wurde, überein.

Allgemeinbefinden bei zerebrospinalen Affektionen.

Wir haben oben schon die Skala für die verschiedenen Abstufungen beschrieben:

	Heftig	Mäßig	Gering	Keine
Bei positivem Befund am Liq. cerebrospinal.	7	5	8	5
Bei negativem Befund am Liq. cerebrospinal.	2	2	2	5

Wenn wir die mäßigen und die heftigen Störungen in der einen und die geringen und fehlenden in der anderen Gruppe zusammenzählen, ergibt sich für die ernsteren Störungen ein Verhältnis von 3:1, während dasselbe für die gelinden Störungen sich ungefähr wie 2:1 verhält. Offenbar besteht bei dieser Serie eine merklich häufigere Beteiligung des Nervensystems bei Patienten mit intensiven konstitutionellen Symptomen als bei denjenigen mit gelinden Allgemeinerscheinungen.

Tabellarische Übersicht der Befunde am Liquor cerebrospinalis.

Bei den 29 Fällen, bei denen sowohl das Albumin und der Zellgehalt bestimmt wurden, als auch die WASSERMANNsche Reaktion zugleich angestellt wurde, ergaben sich folgende Resultate:

Vermehrung des Albumins und des Globulins	bei 17	Fällen,
Vermehrung der Zellen	bei 8	„
Gesteigerter Druck	bei 2	„
Positive WASSERMANNsche Reaktion	bei 10	„

Von den 17 Fällen mit positivem Liquor aus dieser Serie wurden folgende Befunde in bezug auf die Kombinationen der positiven Elemente erhoben:

Albumin allein	6	Zellen und WASSERMANN	1
Zellen allein	0	Albumin und WASSERMANN . . .	2
WASSERMANN allein	1	Albumin, Zellen und WASSERMANN	6
Albumin und Zellen	1		

Von der Gesamtzahl der untersuchten (36) Liquorproben zeigten 19 eine Vermehrung des Albumins und 14 einen positiven WASSERMANN. Nach den Resultaten dieser Serie dürfte zu konstatieren sein, daß eine Zunahme an gerinnbarem Protein, soweit solches durch Kochen nach-

Digitized by Google

weisbar ist, die gewöhnlichste Veränderung am Liquor cerebrospinalis bei diesen unseren Fällen von sekundärer Syphilis bildet. In dieser Hinsicht befinden wir uns nicht in Übereinstimmung mit den von La Personne, Opin und Lesourd berichteten Beobachtungen, auf welche oben hingewiesen wurde. In zweiter Reihe, was die Häufigkeit des Auftretens betrifft, kommt der positive Ausfall der Komplementbindungsprobe. Es ist einleuchtend, daß eine Änderung an dem einen der drei Bestandteile nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit einer Änderung an allen anderen oder auch nur an irgend einem einzelnen anderen derselben ist.

Im folgenden geben wir eine kurze Besprechung von drei besonders instruktiven und markanten Fällen aus unserer Serie, um alsdann zu einer Formulierung unserer Schlußfolgerungen überzugeben.

Fall I. H. C., 28 Jahre alt, Restaurateurgehilfe, bietet am Knöchel der rechten Hand einen bei einer Prügelei $2^1/_2$ Monate vor der Aufnahme akquirierten Schanker dar. Die Untersuchung ergab, daß Spirochäten an der Primärläsion auf Aspiration immer noch nachweisbar waren, und die Vorderarme, der Hals und Rumpf waren mit einem ungewöhnlich markanten makulo-papulösen, schuppigen Ausschlag bedeckt. Dagegen fanden sich keinerlei Anzeichen einer follikulären Affektion. Am dritten Tage nach der Aufnahme wurde ein Versuch zur Lumbalpunktion gemacht, aber infolge der vorhandenen Skoliose war es nicht möglich, bis in den Rückenmarkskanal einzudringen. Nach Ablauf von 24 Stunden fing der Kranke an, über intensive Kopfschmerzen und eine gewisse Nackensteifigkeit zu klagen. Während der nächsten vier Tage nahm das Kopfweh an Intensität zu. Der Hals wurde steif und etwas retrahiert; Pat. klagte über Übelkeit, aber es kam nicht zum Erbrechen; dagegen war das Kernigsche Symptom deutlich ausgesprochen. Die nächtlichen Verschlimmerungen ließen sich durch große Dosen Kodein nur notdürftig bekämpfen, und Pat. litt längere Zeit an so heftigem Schwindel, daß er beim Aufrechtsitzen beinahe kollabierte. Nystagmus fehlte, und Pat. machte keine Angaben über Beschwerden von seiten des Seh- und Hörapparates. Als der Meningismus auf der Klimax war, entwickelte sich am Rumpf ein deutliches, miliares, follikuläres Syphilid, das an Ausgiebigkeit noch zunahm, während die meningealen Erscheinungen allmählich vergingen. Die Besserung schritt jedoch sehr langsam vorwärts, und es wurde deshalb nochmals die Lumbalpunktion versucht, die diesmal, am elften Tage des Aufenthaltes im Krankenhaus, auch gelang. Die Entnahme von 5 ccm Flüssigkeit unter offenbar normalem Drucke bewirkte innerhalb einer Stunde eine ausgesprochene Linderung, und der Kranke verbrachte zum ersten Male seit der Aufnahme eine ruhige Nacht. Die Zerebrospinalflüssigkeit wies eine deutliche Steigerung des Albumingehalts und eine stark positive Wassermannsche Reaktion auf. Die Zählung fiel infolge einer kleinen Blutbeimengung ungenau aus. Es bestand eine ausgesprochene Neuro-Retinitis, und Pat. klagte auch über Doppeltsehen. Die Wirkung der Behandlung äußerte sich weiter durch eine allmähliche Involution der papulösen und follikulären Läsionen, doch waren dieselben ungewöhnlich refraktär und waren auch zur Zeit der Entlassung noch nicht völlig vergangen.

Die hervorragende Eigentümlichkeit bei diesem Falle während dessen von uns in der Klinik beobachteten Verlaufs war die besonders präzise

Digitized by Google

Verknüpfung des follikulären Syphilids mit Symptomen einer intensiven Affektion des Zentralnervensystems.

Fall XIV. W. K., 20 Jahre alt, Maler. Lues II, Rupia an vielen Stellen des Kopfes und des Rumpfes. Papulös-ulzeröse Läsionen an den Schleimhäuten nach einem drei Monate vor der Aufnahme akquirierten Primärsyphilid. Mäßige Asthenie ohne Symptome einer Beteiligung des Zentralnervensystems. Die Lumbalpunktion ergab nur in der einen Hinsicht eine Abnormität, als nämlich der Liquor in einem geschlossenen Strom dem Arzte über den Mantel spritzte, als die Nadel herausgezogen wurde. Die Wassermannsche Reaktion dagegen sowie die Zellzählung und die Bestimmung des Albumingehaltes fielen negativ aus. Desgleichen wurde der Augenhintergrund beiderseits normal befunden. Unter fünf Injektionen von Neosalvarsan besserte sich der Kranke schnell. Er wurde mit Anweisungen für eine energische Schmierkur entlassen. — Nach Ablauf von vier Monaten kam er wieder zur Aufnahme mit Klagen über ausgesprochene allgemeine Schwäche, Gewichtsabnahme und Sehstörungen. Da er aber nicht länger als 24 Stunden in der Klinik bleiben konnte, wurde von einer Wiederholung der Punktion abgesehen. Aber die Untersuchung des Fundus oculi ergab eine fulminante Neuro-Retinitis mit Hämorrhagien an der Makula und einem enormen Ödem der Retina. Der Nervus acusticus war negativ. Die neurologische Untersuchung ergab Pupillenstarre (Argyll-Robertson), Schwäche des M. rectus externus und Fehlen der Kniereflexe. Pat. gestand, daß er nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die weitere Behandlung nicht durchgeführt hatte.

Bei Betrachtung dieser Ergebnisse wird man guten Grund haben, zu glauben, daß der Liquor cerebrospinalis zweifellos bei der zweiten Aufnahme sich als positiv erwiesen haben würde.

Dieser Fall demonstriert schlagend die schon sonst konstatierte Tatsache, daß eine einzige negative Prüfung des Liquors im Verein selbst mit einem negativen Befunde am Auge die Möglichkeit einer Zentralnervenaffektion in der Anfangsperiode des sekundären Stadiums nicht unbedingt ausschließt. Des weiteren erscheint es logisch, den bei der Punktion gefundenen hohen Druck des Liquors als die erste, durch keine Nebenerscheinungen weiter gekennzeichnete Äußerung einer sich später als ganz kolossal ausweisenden Erkrankung des Zentralnervensystems anzusehen.

Fall XXVII. J. L., 21 Jahre alt, Artist. Primärläsion an der Unterlippe. Spirochäten wurden durch Aspiration des Bubos am Halse nachgewiesen. Die ersten Anzeichen der entstehenden Infektion waren etwa vier Wochen zuvor bemerkt worden. Zur Zeit der Aufnahme bot Pat. eine gelinde sich entwickelnde Roseola und allgemeine Lymphdrüsenschwellung dar. Die Lumbalpunktion lieferte eine Flüssigkeit mit stark (+++) vermehrtem Albumin und sehr prononziertem (++++) Wassermann. Die Zellzählung fiel leider infolge von Verunreinigung mit Blut ungenau aus. Im Verlauf der Behandlung in der Klinik trat bei diesem Pat. ein papulöser Ausschlag am ganzen Rumpfe hervor. Subjektive Symptome einer menigealen Reaktion fehlten jedoch. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab eine gerinfügige Neuroretinitis und der N. VIII war negativ.

Dieser Fall bildet ein gutes Beispiel einer ziemlich frühzeitigen Art der Zentralnervenerkrankung, die fast gleichzeitig mit dem Erscheinen

Digitized by Google

eines papulo-follikulären Ausschlags und demnach gleichzeitig mit der universellen Ausbreitung der Infektion im Körper auftrat.

Schlußfolgerungen.

Verf. halten die folgenden Schlußfolgerungen auf Grund dieser Beobachtungen für berechtigt:

1. Ein großer Teil, in Zahlen 63%, aller unserer im sekundären Stadium der Syphilis befindlichen Kranken bot an dem Liquor Anzeichen einer Affektion des Zentralnervensystems dar.

2. Aus den hierbei ausgeführten Spezialuntersuchungen ist zu entnehmen, daß diese Ziffer nicht die Gesamtzahl derjenigen umfaßt, welche in der Zukunft irgend einmal eine Reaktion seitens des Zentralnervensystems aufweisen werden oder eine solche bereits aufgewiesen haben.

3. Das Fehlen von Symptomen einer meningealen Reaktion bei einer einzigen Untersuchung kann nicht als ein endgültiger Beweis von Freisein von Affektionen des Zentralnervensystems angesehen werden.

4. Es kann irgend eine der angeführten Abnormitäten, Lymphozytose, vermehrter Albumin- und Globulingehalt und positive Komplementbindungsprobe für sich allein oder in variabeln Kombinationen mit den anderen vorhanden sein und ist an sich in jedem Falle gleichbedeutend mit einer Beteiligung des Zentralnervensystems.

5. Wenn wir diesen hohen Prozentsatz der frühzeitigen Erkrankungen vergleichen mit dem relativ geringen Prozentsatz der späteren Affektionen unter der Gesamtzahl der Luiker, müssen wir notwendigerweise zu dem Schluß gelangen, daß diese frühzeitigen Prozesse in der Regel von nur kurzdauernder Art sind.

6. Vorwiegend bei Fällen mit papulären und follikulären Hautläsionen neigt das Zentralnervensystem besonders zu frühzeitiger Beteiligung.

7. Ausgesprochene subjektive Symptome, wie Kopfweh, Schlaflosigkeit und nervöse Reizbarkeit, lassen nach unseren Beobachtungen in erster Linie einen positiven Befund am Liquor erwarten.

8. Im großen ganzen zeigten diejenigen Fälle, welche ungenügend oder gar nicht behandelt worden waren, einen höheren Prozentsatz der Beteiligung als diejenigen, welche eine energische Behandlung durchgemacht hatten.

9. Affektionen des Zentralnervensystems fanden sich in relativ großer Anzahl bei denjenigen Fällen, die auch eine erheblichere Störung des Allgemeinbefindens aufwiesen.

10. Das häufigste Merkmal einer meningealen Reaktion war die Steigerung des Gehalts an Albumin und Globulin, während die Wasser-

Digitized by Google

MANNsche Reaktion an zweiter Stelle stand und die Lymphozytose den letzten Platz einnahm.

11. Als ein diagnostisches Hilfsmittel und gelegentlich als ein Anhaltspunkt in prognostischer Hinsicht kann der Wert der Lumbalpunktion bei Fällen von sekundärer Syphilis kaum überschätzt werden.

Literatur.

1. RAVAUT, Ann. de Derm. et de Syph., 1903, Serie 4, Nr. 2, S. 1, S. 537; 1904, Nr. 5, S. 1057; 1907, Nr. 8, S. 51; Rev. mensuelle de Med. Int., 1909, Nr. 3, S. 1. — 2. WIDAL, SICARD u. RAVAUT, Soc. de Neurologie de Paris, April 1903. — 3. ENGMAN, GORHAM, BUHMAN u. DAVIS, J. am. m. Ass., 1913, Bd. 61, S. 735—738. — 4. ALTMANN u. DREYFUS, M. m. W., 1913, S. 465. — 5. DOHI u. TANAKE, Zschr. f. Derm., 1905, S. 12. — 6. WIDAL und RAVAUT, Soc. med. des Hôp., Juni 1905. — 7. ROSENBURGER, Am. J. m. scien., 1906, V, 131, S. 143. — 8. GAUCHER u. MERLE, Acad. des Sciences, Comptes rend., 1909, Nr. 148, S. 862. — 9. LA PERSONNE, OPIN u. LESOURD, Soc. de Biologie, 1903, Serie 11. V, 55, S. 10. — 10. WIDAL u. LESOURD, Soc. med. des Hôp., Januar 1902. — 11. BRISSAUD u. BRICY, ibid., Mai 1902. — 12. DREYFUS, M. m. W., 1912, S. 2567.

Aus der Praxis.

Pasta kali chlorici cum creta.

Von

Dr. PAUL UNNA jun.

Wohl der größte Teil der heutigen Männer kennt die roten Striemen, die durch Scheuern der gestärkten Kragenränder auf der Haut des Halses hervorgerufen werden. Die unschuldige Affektion kommt sogar nicht selten in der Sprechstunde des Dermatologen zur Sprache. Wenn auch nach Weglassung des Kragens die Dermatitis leicht abheilt, so bleibt doch noch viele Stunden ein unangenehmes, schmerzhaftes Gefühl, häufig auch Jucken übrig, und im Anschluß daran können sich, wie jeder weiß, Follikulitiden und Furunkel oder hartnäckige Ekzeme entwickeln. Gerade das Juckgefühl war es, wodurch ich eines Tages mich bewogen fühlte, nach einem lindernden Medikamente mich umzusehen. Eine Mentholsalbe war zur Hand, die auch das lästige Jucken für einige Zeit vertrieb, aber dafür ein Brennen hinterließ und die Affektion eher verschlimmerte. Ganz instinktiv griff ich damals zu der Pebecotube, die auf meinem Waschtische lag, und rieb mir den Hals ein. Der Erfolg war verblüffend. Es brannte eine Weile; das Jucken war momentan verschwunden, und da die Paste rasch trocknete, war ich binnen kurzem imstande, wieder einen Kragen umzubinden, ohne weitere Beschwerden zu haben. Der rasche Erfolg brachte mich auf die Idee, diese ausgezeichnet eintrocknende Paste in größerem Maße als bisher für die äußere Behandlung bei Hautleiden zu gebrauchen.

Im Verlauf der Versuche stellte es sich dann heraus, daß die Pasta kali chlorici cum creta auch als Hautmittel verschiedene gute Eigenschaften besitzt. Sie trocknet sehr rasch, fast momentan, und bildet eine feste Decke auf der Haut, die, einmal ein-

Digitized by Google

getrocknet, keine weiteren Wirkungen mehr ausübt. Die Paste ist absolut reizlos. Dieses Verhalten konnte ich an einer Patientin, die nach Röntgenbestrahlung eine Überempfindlichkeit der Gesichtshaut davongetragen hatte, beobachten. Alle Kühlsalben, Schüttelmixturen, Umschläge und die meisten Puder reizten. Versuchsweise wurde auch hier die Paste aufgetragen und trocknete wirklich die stark nässende, von Bläschen bedeckte Wangenhaut so aus, daß eine völlige Heilung vorzuliegen schien. Allerdings traten später wieder Rezidive ein. Dieser momentane Erfolg jedoch regte nun systematische Versuche mit der Paste an. Ich übergehe die Vorversuche und erwähne nur die Affektionen, bei denen sich die Paste bewährte. Es sind dies die Folliculitis staphylogenes des Rückens, die Akne pustulosa, papulopustulöse und follikuläre Ekzeme des Rumpfes auf fettreicher Haut, sodann alle Arten von Follikulitiden, die im Verlaufe der Behandlung anderer Hautkrankheiten auftreten. Schließlich kann sie sehr gut als Polierpaste bei der Politur von Akne pustulosa verwendet werden. Die Kalichlorikumkreidepaste ist überhaupt ein ausgezeichnetes Hilfsmittel bei dem Polieren, wobei auch noch die Schmerzhaftigkeit des letzteren durch das Menthol der Paste teilweise aufgehoben wird.

Bei Akne und bei allen hartnäckigen Follikulitiden setzt man der Paste zweckmäßig noch 5—10% Schwefel zu, wodurch die Pickel rascher eintrocknen und desinfiziert werden. Die günstige Wirkung bei papulopustulösen Ekzemen gleicht der Wirkung, die oben bei der Kragenranddermatitis geschildert wurde. Bei intertriginösen Ekzemen dagegen kann infolge der großen Feuchtigkeit und Wärme die Paste nicht eintrocknen; sie backt vielmehr zu Klumpen zusammen. Diese Affektion eignet sich daher nicht für die Behandlung mit der Kalichloratkreidepaste.

Da es immer noch an guten fettlosen, eintrocknenden, desinfizierenden Pasten mangelt, so erscheint mir jede Bereicherung unseres dermatologischen Medikamentenschatzes in dieser Hinsicht als ein Fortschritt.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Die Behandlung des Scharlachs mit Moserschem Serum, von J. Grósz und J. Wolf-Budapest. (Gyermekorvos, Beilage der Orv. Ujsag, 1913, Nr. 2.) Die Verfasser stellen folgende Schlußfolgerungen auf: 1. Das Moserschе Serum ist zurzeit das beste Heilmittel gegen schweren und allerschwersten Scharlach, weil es die besorgniserregenden Symptome der Nebeninfektion der Streptokokken aufhebt. 2. Es setzt kritisch das hohe Fieber herab. 3. In vielen Fällen hemmt es die Nekrose. 4. Es bringt die Gehirn- und Nervensystemsymptome zum Schwinden. 5. Es verhindert die Verallgemeinerung der Scharlachsepsis. 6. Es muß sofort an demselben Tage verabreicht werden, an dem man den Kranken sieht; wenn die Streptokokkenseptis entwickelt ist, ist es zu spät. 7. Eine große Dosis soll in die Glutäen gegeben werden. 8. Vor einer Serumerkrankung hat man sich nicht zu fürchten, denn sie hat in den meisten Fällen einen milden Verlauf.

Porosz-Budapest.

Beitrag zur Serumtherapie des Scharlachs, von Mooo-Frankfurt a. M. (Ther. Mh., 1914, Heft 1.) Die Behandlung mit Normalserum weist ebenso wie mit Rekonvaleszentenserum überaus günstige Erfolge auf. Bericht über 25 Scharlachfälle, welche mit intravenöser Infektion von Normalserum behandelt wurden.

Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Versuch der Behandlung des Scharlachs mit Neosalvarsan, von Akssenow. (Wratschebnaja Gaseta, 1913, Nr. 40.) Infolge des günstigen Urteils von Lenzmann und Klemperer über das Salvarsan beim Scharlach versuchte A. gleichfalls dasselbe, und zwar, um Vergleiche anstellen zu können, an 60 Kranken, während gleichzeitig 60 andere Kinder, in ungefähr demselben Alter stehend, nicht dieser Behandlung unterworfen wurden. Die Anwendung des Neosalvarsans geschah einmal in Form von Suppositorien, viermal per clysma, 23mal intramuskulär und 32mal intravenös. Die Dosis schwankt je nach dem Alter zwischen 0,15 und 0,3. Die Versuche ergaben, daß das Neosalvarsan ganz ohne Wirkung auf den Verlauf des Scharlachs blieb, aber nicht ohne Wirkung war für den Organismus, welcher manches Mal sehr stürmisch auf die Einspritzungen reagierte, so daß Verfasser die Behandlung des Scharlachs mit Neosalvarsan wieder aufgab.

Arth. Jordan-Moskau.

Über die Notwendigkeit der Bekämpfung der Masern durch die Schule, von G. Poelchau-Charlottenburg. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 27 und 28.) Verfasser weist zunächst auf die Gefährlichkeit der Masern und ihrer Folgeerscheinungen hin und vergleicht an Statistiken die Häufigkeit der Todesfälle an Masern im Vergleich zu Diphtherie und Scharlach und meint, daß die Masern hauptsächlich durch die Schule weiter verbreitet werden.

Die Bekämpfung der Masern durch die Schule ist gerade deshalb notwendig, um die am meisten gefährdeten, noch nicht schulreifen Altersstufen möglichst vor der Infektion zu schützen.

Als Hauptziel der Masernbekämpfung durch die Schule nennt Verfasser die Verhinderung der Möglichkeit der Übertragung der Krankheit aus der Schule in die Familie.

Die jetzt bestehenden gesetzlichen Vorschriften zur Bekämpfung der Masernepidemien sieht Verfasser nicht als genügend an und empfiehlt noch folgende Maßregeln: 1. Schutz der noch nicht immunisierten Kinder durch Ausschluß vom Schulbesuch für 10—12 Tage, wenn eine Masernepidemie zu befürchten ist, und 2. Ausschluß der noch nicht immunisierten Geschwister und Hausgenossen masernkranker Kinder für ca. 14 Tage vom Schulbesuch.

Franzius-Dresden.

Zur Frage der experimentellen Masern, von A. Jurgelunas-Moskau. (Zbl. f. Bakt., 1914, Bd. 72. H. 6—7.) Versuche, Affen durch Einverleibung von defibriniertem Blut von Masernkranken ins Blut oder subkutan mit Masern zu infizieren, schlugen fehl; ebenso Versuche mit Einreibung von Schleim und Belägen der Masernkranken in die intakte oder auch in die skarifizierte Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens, sowie Übertragungsversuche durch direkten Kontakt der Affen mit den Kranken. Die Frage bleibt somit bis jetzt noch unaufgeklärt.

Oskar Gans-Hamburg.

Das Bild der Masern auf der äußeren Haut, von v. Pirquet. (Zschr. f. Kindhlk., Orig., Bd. 17, Heft 1—3.) Diese mühsame und bedeutende Arbeit umfaßt 224 Seiten und bringt 456 Zeichnungen, 14 andere Textfiguren und 8 Tafeln mit Photographien und farbigen Bildern. 46 Masernfälle werden zunächst beschrieben. Auf Zeichnungen werden die Größe der Flecke, die Dichte des Ausschlages, die Intensität der Hyperämie, die Farbe des Ausschlages fixiert, alles in origineller Weise. Bei den Untersuchungen über die allgemeine Lokalisation des Exanthems wird die Intensität desselben an den ersten Tagen gewertet nach vier Intensitätsbezeichnungen und daraus Reihenfolgen der befallenen Körperflächen aufgestellt. Die Initialerscheinungen treten z. B. in der Reihenfolge: Kopf, Rücken, Brust, Bauch auf.

Die allerersten Effloreszenzen der Haut treten hinter den Ohren auf. Sie treten stets isoliert, nie konfluiert auf, und zwar, wie an den Armen zu beobachten, mit einer zentralen, an die Follikel gebundenen Papel. Konfluenz tritt allmählich ein. Bei den

Digitized by Google

Untersuchungen über spezielle Lokalisationen des Masernexanthems werden Beeinflussungen durch konkurrierende Narben, vorausgegangene Urtikaria und andere Exantheme, Wirkung von Stauung festgestellt. Die Urtikariastellen ziehen das Exanthem an, verändern daher den normalen Ablauf. Anämische Narben pflegen exanthemärmer zu bleiben als die Umgebung. Ein Senfumschlag bewirkte ein konfluierendes Exanthem in spärlicher beschickter Umgebung. Diese Umstände weisen schon auf den Einfluß der Blutversorgung auf die Entwicklung des Exanthems hin. Die Bearbeitung der Registrierungen ergab ganz gesetzmäßig, daß das Exanthem an denjenigen Hautstellen zuerst erscheint, die vom Herzen auf arteriellem Wege zuerst erreichbar sind, um so früher, je näher sie den großen Gefäßen liegen und je lebhaftere Zirkulation sie haben. Ellenbogen, Nates und Füße sind die schlechtest arterialisierten Hautpartien und bleiben deshalb häufig frei.

Das Exanthem erklärt P. wie folgt: die Aussaat desselben findet wie beim Blatternexanthem in der Periode des Eintrittes allgemeiner Antikörperbildung statt. Die Antikörper agglutinieren die Erreger, diese ballen sich in den Kapillaren zusammen und werden dort festgehalten. Bei der folgenden Verdauung des Mikroorganismus entstehen toxische Abbauprodukte (Apotoxine), welche auf die Körperzellen fieber- und entzündungserregend wirken. Die Einwirkung der Apotoxine auf die nächste Umgebung der Kapillaren äußert sich im Exanthem. Die Schleimhäute sind reicher durchblutet als die Haut, daher eilen hier die Exantheme voraus (Koplikscbe Flecke). Die Sättigung der Gewebe mit Antikörpern geht parallel der Entfernung von den großen Gefäßen, Hand in Hand damit die Durchsiebung und Abtötung der Erreger, so daß schließlich bei der Sättigung der entferntesten Stellen (Füße) keine Erreger im Blute mehr dasein können.

Anämische Kinder bilden wenig Antikörper, haben deshalb auch ein mäßig intensives Exanthem. Das Buch ist voll von interessanten Einzelheiten.

Werther-Dresden.

Frühzeitige (postnatale) Maserninfektion, von A. E. Tait-Cheltenham. (Brit. m. J., 17. Januar 1914.) Am dritten Tage nach der Geburt eines ausgetragenen, gesunden Kindes bot die Mutter ein typisches, vollausgebildetes Masernexanthem am ganzen Körper dar; und 10 Tage später, also am 13. Lebenstage, war bei dem Kinde auch ein charakteristischer Masernausschlag am ganzen Körper hervorgetreten. Die Infektion hatte also fast unmittelbar nach der Geburt stattgefunden. Es wird vielfach behauptet, daß Kinder in den ersten sechs Lebensmonaten immun gegen Masern wären.

Philippi-Salzschlirf.

Beitrag zur Frühdiagnose der Masern, von M. Grumann-Altona-Bahrenfeld. (M. m. W., 1914, Nr. 3.) Als ein bisher noch nicht gewürdigtes Frühsymptom der Masern, das schon 1—2 Tage vor dem universellen Exanthem sich zeigt, schildert Verfasser punkt- und strichförmige weißliche Effloreszenzen von ca. 3 mm durchschnittliche Länge an den Tonsillen. Dieselben sind teils in der Gegend der Lakunen, teils (und dies gilt namentlich für die strichförmigen Flecke) auch auf den Erhabenheiten der Tonsillen lokalisiert. Verfasser hat diese Punkte teils zugleich mit den Koplikschen Effloreszenzen, teils ohne diese auftreten sehen und erachtet sie als von diesen verschieden.

Philippi-Salzschlirf.

Masern; periodische Virulenzzyklen, von Hugh Arbuthnot Brown-Washington. (New York m. J., 7. Juni 1913.) Das bekannte Gesetz, daß die meisten, wenn nicht alle ansteckenden Krankheiten abwechselnd Perioden von großer Ausbreitung und Virulenz und solche von geringer Verbreitung und Gefährlichkeit zeigen, fand Brown in vollem Umfange an den statistischen Zusammenstellungen über Maserntodesfälle in

Digitized by Google

Washington bestätigt. Unmittelbar nach dem Jahre 1890, wo nur 13 Todesfälle an Masern (bei 3,9% Todesfällen unter 100000 Einwohnern) vorkamen, gingen die Todesfälle im Jahre 1891 auf die erschreckende Höhe von 28,9 auf 100000; es folgten nun 4 Jahre relativer Ruhe, was die Zahl der Todesfälle an Masern betraf, aber im Jahre 1896 trat wieder eine sehr heftige Epidemie mit 25 Todesfällen auf. Die nun folgende „Ruheperiode" mit relativ wenig Todesfällen umfaßte 3 Jahre und im Jahre 1900 kamen wieder 45 Todesfälle an Masern vor usw. Die Tatsache, daß ein Jahr mit hoher Sterblichkeit beinahe unabänderlich von einem oder mehreren Jahren außerordentlich geringer Mortalität gefolgt ist, beruht zum Teil auf einer Abschwächung des Ansteckungsstoffes, zum Teil wohl auch darauf, daß Verwaltungsbehörden, Ärzte und das große Publikum nach den Erfahrungen einer schweren Epidemie genauer alle Vorschriften einhalten; vielleicht tritt nach einer nun kommenden Periode relativen Freiseins von der Epidemie eine gewisse Sorglosigkeit in der Handhabung aller Maßnahmen ein, womit dann der Boden zu neuer schwerer Epidemie geebnet wird.

Stern-München.

Ein Fall von Masern als Komplikation der Schwangerschaft, von Samuel J. Scadron-New York. (New York m. J., 30. August 1913.) Der Fall betraf eine 25jährige Frau und ist sowohl vom Standpunkt der Mutter wie des Kindes interessant. Übereinstimmend mit den meisten, während der Schwangerschaft vorkommenden Fällen von Masern ward auch hier die Schwangerschaft durch dieses akute Exanthem unterbrochen und es folgte ein ungestörtes Puerperium mit normalem Verlauf der Masern. Das Kind war völlig gesund und hatte keinen Ausschlag, während in den meisten in der Literatur beschriebenen Fällen dasselbe ebenfalls Erscheinungen von Masern kurz nach der Geburt zeigte. Manche Verfasser betrachten sogar Masern als sehr ernste Komplikation der Schwangerschaft, die zu schweren puerperalen Blutungen und Pneumonie prädisponiert.

Stern-München.

Über die hämatologische Diagnose der Röteln, von G. Schwaer-Lüdenscheid. (M. m. W., 1913. Nr. 22.) Bei zwei deutlich ausgeprägten Fällen von Röteln, Schüler im Alter von 16 resp. 13 Jahren betreffend, hat Verfasser Blutuntersuchungen vornehmen können. Während des Höhenstadiums des Ausschlags fand sich eine Hyperleukozytose, wobei namentlich die Lymphozyten eine relativ überwiegende Steigerung aufwiesen. Die Eosinophilen waren bei dem einen Fall zu $^1/_2$—1%, bei dem anderen zu 3 und 4% vorhanden. Dies steht im Gegensatz zu den von anderen Verfassern konstatierten Befunden.

Philippi-Salzschlirf.

Die hämatologische Diagnose der Röteln, von Hamburger-Steinfeld. (M. m. W., 1913, Nr. 38.) Verfasser teilt kurz mit, daß er bei Gelegenheit einer deutlich ausgeprägten und diagnostisch nicht anzuzweifelnden Masernepidemie das Blut von sieben Kindern auf der Höhe des Ausschlages nach der Jenner-Mayschen Methode untersuchte und bei allen ganz charakteristische eosinophile Zellen nachweisen konnte. Demnach wären die Schwaerschen Beobachtungen (M. m. W., Nr. 22) anfechtbar.

Philippi-Salzschlirf.

Über Flecktyphuserkrankungen in Böhmen, von F. Ganghofner-Prag. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 50.) Verfasser bringt eine kurze Schilderung dieser Krankheit. Heutzutage ist der Flecktyphus hauptsächlich in den östlichen Ländern, insbesondere in Rußland und in Galizien, endemisch, außerdem in Irland; von überseeischen Ländern ist besonders Algier zu nennen. In Deutschland und Österreich kommen nur zeitweilig Einschleppungen aus dem Osten vor. Speziell in Prag und anderen Teilen Böhmens kam es infolge solcher Einschleppungen mitunter zu kleineren oder größeren Epidemien. Der Flecktyphus verbreitet sich namentlich unter den Insassen von Schlafherbergen,

Digitized by Google

Arresthäusern und dgl.; die ersten Fälle in Böhmen betreffen meist zugereiste, unterstandslose Personen, Bettler, Landstreicher usw., die nächsten Erkrankungen sieht man dann regelmäßig bei solchen Personen auftreten, welche berufsmäßig mit Leuten dieser Kategorie zu tun haben, nämlich: Gefangenaufseher, Polizeiorgane, Wirte, Krankenwärter und Ärzte. Georg Heymann-Elbing.

Flecktyphus auf Schiffen, von Markl-Triest. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1913, Bd. 17, Nr. 23.) Verfasser hatte Gelegenheit, eine unter der Mannschaft eines türkischen Truppentransportdampfers während des Balkankrieges ausgebrochene Flecktyphusepidemie zu beobachten und konnte die Angaben Nicolles bestätigen, wonach die Übertragung ausschließlich durch Kleiderläuse erfolgt. Die Krankheit beginnt nicht so plötzlich, wie man früher annahm; das Fieber steigt oft staffelförmig wie bei Typhus an; konstant war quälende Schlaflosigkeit und eine zu Anfang der Krankheit einsetzende auffallende subjektive Euphorie. Das Exanthem erschien am 4.—5. Tage. Pathologisch-anatomisch fanden sich Ekchymosen und Petechien an den serösen Häuten, bronchopneumonische Herde, Degenerationen der parenchymatösen Organe und des Herzmuskels Milztumor. Bakteriologischer Befund war negativ; dagegen wurden in Giemsa-Präparaten die von Prowazek beobachteten roten Granula in polynukleären Leukozyten wahrgenommen. Tierversuche an Meerschweinchen und Affen verliefen negativ. Es gelang unter Benutzung von alkoholischen Organextrakten von an Flecktyphus Verstorbenen als Antigen mit nicht inaktiviertem Patientenserum eine leichte und vorübergehende, aber ganz deutliche Hemmung der Hämolyse festzustellen, die differentialdiagnostisch verwertbar erscheint. Oskar Gans-Hamburg.

Untersuchungen über Fleckfieber, von C. Hegler und St. v. Prowazek. (B. kl. W., 1913, Nr. 44.) Verfasser berichten über eine Flecktyphusepidemie, die sie 1913 im Balkankriege in Serbien beobachtet haben, und zwar sahen sie dort mehrere hundert Kranke und konnten 50 Fälle eingehender untersuchen. Der Charakter der Epidemie war ein nicht allzu schwerer. Die Inkubationsdauer betrug durchschnittlich 12—14 Tage. Als Initialsymptome wurden unerträgliche Kopfschmerzen, Schwindel und Prostration angegeben, die Erscheinungen setzten meist ganz plötzlich ein, ebenso erfolgte der Anstieg der Temperatur plötzlich. Bei mittelschweren Fällen hielt sich die Temperatur als Kontinua bis zum 10. oder 12. Tag zwischen 39 und 40°, um dann innerhalb 1—2—3 Tagen abzufallen. Der Ausschlag war überaus variabel: weitaus am häufigsten traten am 3., selten erst am 5. Tage etwas verwaschene, nicht erhabene Roseolen an den Schultern und an Bauch resp. Brust auf, schritten über den ganzen Körper, um besonders reichlich Vorderarme, Hand- und Fußrücken zu befallen. Nach 2—3 weiteren Tagen zeigte sich bei dem größten Teil der Roseolen eine hämorrhagische Umwandlung, 5—10 Tage später trat kleienförmige Abschuppung auf, hellbräunliche Pigmentierungen waren oft noch lange zu erkennen. Milztumor war gelegentlich in der ersten Woche vorhanden. Das Nervensystem bot ein wechselndes Verhalten, meningitische Symptome waren selten. Vorübergehende Albuminurie in den ersten Fiebertagen, häufig auch später, bildete die Regel. Die Prophylaxe hat davon auszugehen, daß mit allergrößter Wahrscheinlichkeit nur Läuse, insbesondere die Kleiderläuse als Überträger des Fleckfiebervirus anzusehen sind. Therapeutisch waren bei höherem Fieber kühle Packungen objektiv und subjektiv von günstigem Einfluß.

In sämtlichen Fällen konnten in den polymorphkernigen, neutrophilen Leukozyten typische Veränderungen festgestellt werden. Der Kern der Leukozyten neigt zur Gliederung und Fragmentation, das Chromatin verbäckt oft an der Peripherie zu Krümeln und Brocken, die augenfälligste Veränderung ist aber das Auftreten von nach Giemsa intensiv karminrot sich färbenden, distinkten, länglichen oder runden Körperchen

Digitized by Google

und Doppelkörperchen, die sich wesentlich von den neutrophilen Granula, die auf späteren Stadien allerdings auch eine Veränderung erleiden, unterscheiden. Diese Körperchen sind wahrscheinlich auf Grund ihres regelmäßigen spezifischen Verhaltens, ihrer numerischen Zunahme bei der Krankheit, ihrer Art von Vermehrung, ihrer Lagerung im Protoplasma und ihres sonstigen Verhaltens Organismen, und zwar Strongyloplasmen im Sinne von Lipschütz. In jedem Fall haben diese Körperchen einen diagnostischen Wert gegenüber Typhus abdominalis und Masern. Tierexperimente wurden an Affen und Meerschweinchen vorgenommen. Meerschweinchen können passageweise mit dem Exanthematikusvirus infiziert werden, nur wird im Gegensatz zu dem Menschen und Affen bei ihnen die Zahl der Polynukleären nicht erhöht, dafür steigt die Anzahl der Makrophagen. In den Polynukleären ist keine typische Körnelung beobachtet worden. Mit dem Blut der Meerschweinchen kann beim Affen das ursprüngliche Krankheitsbild reproduziert werden. Georg Heymann-Elbing.

Über Fleckfieber und Roseola, von E. Fraenkel-Hamburg. (M. m. W., 1914, Nr. 2.) Bei zwei im Eppendorfer Krankenhaus eingelieferten Fällen von Typhus exanthematicus hatte F. Gelegenheit, Roseolen zu exzidieren und histologisch zu untersuchen, wobei er konstatieren konnte, daß dieser Prozeß sich von dem Bau der Roseolen beim Abdominaltyphus ganz wesentlich unterscheidet. Während man bei letzterem es mit einer Anschwellung einer oder mehrerer Papillen und mit Anhäufungen von Typhusbazillen zu tun hat, bestehen beim Flecktyphus die Läsionen in einer Verdickung an der Wandung von kleinsten Arterien, erzeugt durch Zellproliferationen, welche von der Adventitia, möglicherweise auch von der Media ausgehen. Eine eigentliche Infiltration der Wandung findet nicht statt, wohl aber kann die (knötchenförmige) Anhäufung der gewucherten Zellen so stark werden, daß es zur Nekrotisierung der Intima und vielleicht auch der Media an den affizierten Partien kommt. Nach diesen Befunden ist es also möglich, in zweifelhaften Fällen durch die histologische Untersuchung die Entscheidung zu fällen. Für solche Fälle wird man allerdings auf die vom Verfasser benutzte Pappenheimsche Färbungsmethode verzichten und zur Fixierung sich des Alkohols bedienen, da auf diese Weise die Präparate bei Eosin-Hämatoxylinfärbung in 24 Stunden schon fertiggestellt sein können. Nicht außer acht zu lassen ist die Beobachtung, daß die erkrankten Gefäßteile sich hauptsächlich in den tiefsten Schichten der Pars reticularis befinden. Philippi-Salzschlirf.

Über den Flecktyphuserreger, von M. Rabinowitsch-Charkow. (M. m. W., 1913, Nr. 44.) Über den von ihm im Jahre 1908 schon entdeckten Diplobacillus exanthematicus macht Verfasser hier weitere Mitteilungen, von denen folgende herausgegriffen sein mögen. In frisch gezüchteten Kulturen erscheint derselbe stets als Diplobazillus, und nur in den älteren Kulturen treten verschiedene Degenerationsformen hervor. Ebenso sind in frischen Kulturen die Mikrobien stets grampositiv, während bei längerem Fortzüchten auf künstlichen Nährböden allmählich die Kultur in die Form der totalen Entfärbung bei dem Gramschen Verfahren übergeht. Farbige Nährböden, wie Lackmusmolke, Drigarsky, Barsikow, werden nicht verändert. Zucker wird nicht vergoren und Milch nicht koaguliert. Die Züchtung gelingt regelmäßig, wenn das Blut zur Aussaat kurz vor der Krise entnommen wird. Übertragung auf Meerschweinchen gelingt prompt, wenn man das Blut des Patienten (3—4 ccm) direkt dem Tiere einverleibt oder von Reinkulturen 0,1—1,0 einführt. Die Inkubationszeit ist sehr variabel; sie schwankt zwischen 5 und 37 Tagen. Erwärmen der Kulturen auf 60° während einer halben Stunde macht dieselben avirulent. Meerschweinchen, welche eine einmalige Impfung mit Erfolg überstanden hatten, erwiesen sich für weitere Übertragungen unempfänglich. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Beitrag zur serologischen Diagnose des Flecktyphus, von MARKL-Triest. (W. kl. W., 1913, Nr. 30.) Verfasser hat beim Flecktyphus Komplementablenkungsversuche angestellt, wobei er sich als Antigen eines alkoholischen Organextraktes bediente aus Milz, Leber, Lunge und Herz eines im Jahre 1905 an Flecktyphus verstorbenen Matrosen. Es hat sich bei allen Fällen von Flecktyphus, und zwar schon zu Beginn der Krankheit, wo die klinische Diagnose noch unsicher war, eine leichte, aber deutliche Hemmung der Hämolyse wahrnehmen lassen. Da alle Kontrollversuche negativ waren, hält er die Reaktion für differentialdiagnostisch verwertbar. W. Lehmann-Stettin.

Bakteriologische und serodiagnostische Untersuchungen beim Typhus exanthematicus, von G. RIZZUTI und P. SCORDO. (Riforma med., 1913, Nr. 27.) Die Verfasser hatten bei ihren Untersuchungen nur negative Resultate. Sie glauben, daß das Virus des Typhus exanthematicus ultramikroskopisch ist und daß alle von einzelnen Verfassern mitgeteilten Befunde nur zufällige oder nebensächliche Beimengungen betrafen. A. Gunsett-Straßburg.

Vorläufige Mitteilung über bakteriologische Befunde bei Flecktyphus, von P. TH. MÜLLER-Graz. (M. m. W., 1913, Nr. 25.) Im Seelazarett San Bartolomeo bei Triest hat Verfasser bei bosnischen, in Quarantäne befindlichen Rückwanderern Flecktyphusfälle in ziemlich erheblicher Zahl zu beobachten Gelegenheit gehabt. Es fanden sich dabei Bakterien, welche mit den von FÜRTH, RABINOWITSCH und eventuell auch mit den von PREDTJETSCHENSKY beschriebenen identisch sein dürften. Die MÜLLERschen Mikroorganismen werden als kurzlebige, unbewegliche Stäbchen beschrieben, welche je nach dem Nährboden auch fast reine Kokkenform darbieten können. Dieselben sind mit Vorliebe zu zweien oder in kurzen Ketten angeordnet; bei Bouillonkulturen sieht man Neigung zur Bildung von eigentümlichen Degenerationsformen, Keulen- und Hantelgestalten, auch von Scheibenformen und gewundenen, unregelmäßig verdickten Fäden, während auf Aszitesagar und nach wiederholten Überimpfungen ein besseres Wachstum erzielt wird. Die Bazillen sind zuerst grampositiv, später aber sieht man meist eine Entfärbung bei der Gramfärbung eintreten. Genauere Mitteilungen folgen später. Philippi-Salzschlirf.

Behandlung des Typhus exanthematicus mit interner Verabreichung von Jodtinktur, von OUFTIONJANINOV-Ekaterinodar. (Semaine méd., 1913, Nr. 40.) Von 201 Kranken mit Typhus exanthematicus wurden 106 mit Jodtinktur und 95 auf andere Weise behandelt. Aus der ersten Serie starben $7 = 6{,}6\%$, in der zweiten $14 = 14{,}7\%$. Die Jodtinktur wird in Form folgender Emulsion verabreicht, von der 4mal täglich ein Eßlöffel genommen wird: Emuls. gran. Cannabis sativae 360,0, Mucilago gummi 40,0, Tct. Jodi 8,0, Tct. menth. pip. 2,0. A. Gunsett-Straßburg.

Das Auftreten von Varizellen während des Intrauterinlebens, von F. C. PRIDHAM-Darlington. (Brit. m. J., 17. Mai 1913.) Bei einem im allgemeinen gesunden neugeborenen Kinde konstatierte Verfasser 4 Stunden nach der Geburt einen Ausschlag, welcher unzweifelhaft als Varizellen zu diagnostizieren war. Derselbe war namentlich am Rumpfe, Gesicht und Kopf, aber auch an den Handtellern und Fußsohlen, sowie an der Mundschleimhaut lokalisiert und entsprach in seiner Entwicklung etwa dem vierten Krankheitstage. Dies stimmte unter Berechnung der üblichen Inkubationsdauer mit dem Datum der Infektion, die offenbar von den anderen Kindern der Familie ausgegangen war. Philippi-Salzschlirf.

Varizellen beim Neugeborenen, von LEREBOULLET und MOURICAND. (Bull. méd., 1914, Nr. 13.) Eine Frau wurde am Tage ihrer Entbindung von Varizellen befallen; das Kind bekam sie 14 Tage später. Während der Inkubationszeit hatte es nicht zugenommen. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Indirekte Übertragung von Varizellen und Varizellen bei einer Erwachsenen, von Otto Lenz-Saarbrücken. (D. m. W., 1913, Nr. 24.) Auf Grund eigener Beobachtung stellt Verfasser die indirekte Übertragung von Varizellen durch Vermittlung einer gesunden Person fest, desgleichen die Übertragung der Varizellen von einem Kinde auf seine 29jährige Mutter, welche das bei Varizellen sehr seltene, sonst für Variola ganz charakteristisch angesehene Symptom „Kreuzschmerzen" aufwies. Franz-Dresden.

Varizellen bei Erwachsenen, von Leopold Lilienthal-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 26.) Verfasser teilt mit, daß er in den letzten 10 Jahren 6 sichere Fälle von Varizellen bei Erwachsenen beobachtet hat, welche von den zuerst behandelnden Ärzten als Syphilis angesprochen und ihm, dem Dermatologen, zur Bestätigung der Diagnose zugeschickt waren. Franz-Dresden.

Das seltene Vorkommen und die eigentümlichen klinischen Formen der Varizellen bei Erwachsenen, von E. Savini-Rumänien. (D. m. W., 1913, Nr. 37.) Verfasser weist auf eine früher (Progrès médical, 1911, Nr. 36) von ihm veröffentlichte Arbeit hin, wo als Besonderheiten im Krankheitsbild der Varizellen beim Erwachsenen die sehr lange Dauer (10 Tage) der Invasionsperiode und die Schwere der Erscheinungen seitens des Nervensystems und des Verdauungsapparates, sowie das Häufigerbefallenwerden des weiblichen Geschlechtes bezeichnet wurden. Fischer-Dresden.

Über Schutzimpfung gegen Varizellen, von Carl A. Kling. (B. kl. W., 1913, Nr. 45.) Mitte August d. J. brach im allgemeinen Kinderhause in Stockholm eine Varizellenepidemie aus. Die günstige Gelegenheit wurde benutzt, die Möglichkeit eines Überimpfens von Windpocken auf gesunde Säuglinge zu prüfen. Bisher ist die Impfung in 58 Fällen gelungen. Die Impfung erfolgte direkt aus einer frischen Blase in der üblichen Weise. Am 8.—13. Tage zeigte sich an der Stelle der Inokulation eine oder gewöhnlich mehrere kleine rote Papeln, die sich in typische Windpockenbläschen umwandelten, später mit einem kleinen braunen Schorf bedeckten, der nach ungefähr $2^1/_2$ Wochen sich abstieß. Diese Entwicklung der Varicellae inoculatae stimmt mit der natürlichen sukzessiven Varizelleneruption überein. Die Inokulationseffloreszenzen lassen sich ferner von Individuum auf Individuum überimpfen. Man ist bereits bis zur 6. Generation gelangt. Das Eigentümliche ist, daß durch Einimpfung von Windpockenlymphe eine so leichte, auf die Impfstellen beschränkte Krankheit sich ohne Allgemeinsymptome oder Generalisierung entwickelt. Doch muß hier betont werden, daß bei 6 Geimpften am 2. oder 3. Tage nach dem Auftreten der Impfvarizellen auf der Haut auch sonst sich einige wenige rote Papeln oder Quaddeln gezeigt haben. Nur bei einem Kinde ist eine etwas kräftigere Generalisierung eingetreten. Man glaubt bereits jetzt sagen zu können, daß die Kinder refraktär gegen die Varizellenansteckung sind, obwohl noch nicht so lange Zeit verflossen ist, daß ein endgültiges Urteil gefällt werden kann. Georg Heymann-Elbing.

Variola- und Flecktyphusstudien an den bosnischen Rückwanderern aus dem Balkan, von L. Arzt und W. Kerl. (W. kl. W., 1913, Nr. 20.) Mohammedaner, die bei der Annektion Bosniens und der Herzegowina durch Österreich dem Lande den Rücken kehrten und sich nach ihrer türkischen Heimat wandten, sind während der Balkanwirren in großer Zahl zurückgekehrt und brachten aus den vielfach verseuchten Gegenden, aus denen sie kamen, alle möglichen Infektionskrankheiten mit, so daß sie durch eine strikte Quarantäne gehen mußten.

An diesem außerordentlich reichhaltigen Material haben die Verf., besonders an Variola- und Flecktyphusfällen Studien angestellt, die im Originale einzusehen sind. Interessant waren 2 Fälle von hochgraviden variolakranken Frauen, die im Lazarett zur Entbindung kamen. Während ein Kind frei von Blattern war, zeigte das andere ein über den ganzen Körper ausgebreitetes, vollentwickeltes Variolaexanthem.

Digitized by Google

Serologische Untersuchungen bei 17 Kindern ergaben ein negatives Resultat beim Nachweise von Antikörpern mit Hilfe der Komplementablenkung.

Ähnliche Versuche wurden an 16 Kindern mit v. Pirquetscher Kutanreaktion angestellt, während bei anderen 6 in der Rekonvaleszenz die Reaktion auf Revakzination geprüft wurde.

Die Studien über Flecktyphus betreffend, haben die Verf. 2 voneinander verschiedene Verlaufstypen feststellen können, die besonders bez. der Hauterscheinungen so weit voneinander abwichen, daß man glauben konnte, zwei verschiedene Krankheitsbilder vor sich zu haben. W. Lehmann-Stettin.

Bericht über die Reise zur Erforschung und Bekämpfung der Pocken in Togo, von E. Paschen-Hamburg. (Beiheft 8, zum Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1912.) Verf. berichtet über seine Reise, die er im Auftrage des Reichskolonialamts unternommen hat. Seine dortigen Untersuchungen führten zu folgendem Ergebnis: Bei den Pocken in Togo handelt es sich nicht um eine biologische Varietät. Die trotz der Impfung aufgetretenen Pockenfälle sind zum großen Teil auf eine erst in der Inkubation, also zu spät vorgenommene Impfung, ein anderer Teil ist auf die durch die lange Passage durch Kälber abgeschwächte Lymphe zurückzuführen. Zu primitive mangelhafte Einrichtungen haben mangelhafte Ergebnisse gebracht, mangelhafte, wenig schutzkräftige Vakzinen an den Impftieren. Die Bekämpfung der Pocken in Togo gelingt mit denselben Mitteln wie in Europa; die Impfung muß aber häufiger wiederholt werden, wegen der kurzen Dauer der Immunität. Verf. schließt mit Vorschlägen einer Organisation der Impfung in Togo. Georg Heymann-Elbing.

Über das Vorkommen von Variolois in Manila, von P. M. Ashburn, E. B. Vedder und E. R. Gentry-Manila. (Philippine J., 1913, Bd. 8, Heft 5.) Die drei Verfasser haben ihre gemeinsamen Beobachtungen zusammengestellt, um zu konstatieren, daß echte Pocken in Manila nicht vorkämen; es handelte sich unter 500 Fällen, die verdächtig schienen, ein einziges Mal um Variolois, und zwar bei einem Manne, bei dem die Krankheit 2 Wochen nach seiner Abreise aus Schanghai und 1 Woche nach seiner Abreise aus Hongkong aufgetreten war.

Alle übrigen Fälle waren nur zu den Windpocken zu zählen; sie verliefen ohne Fieber und ohne wesentliche Störung des Allgemeinbefindens. Die einzelnen vesikulösen Effloreszenzen waren nach Farbe und Lokalisation den Windpocken gleich, und ihre Abheilung erfolgte glatt, ohne Narben. Impfungen auf Affen waren erfolglos; ebenso machte es für das Auftreten und den Verlauf der Krankheit keinen Unterschied, ob die Patienten geimpft waren oder früher Pocken durchgemacht hatten.

Die Verfasser betonen zum Schlusse nochmals, daß in Manila mit einer Ausnahme kein Fall von echten Pocken vorgekommen sei. Lasch-Breslau.

Über Variola bei Neugeborenen, von Alois Epstein-Prag. (Arch. f. Kindhlk., 1913, Bd. 60/61.) Verfasser berichtet eingehend über einen Fall von Variola bei einem eintägigen Säugling, dessen Mutter an Variola zugrunde gegangen. Die Prognose bei Neugeborenen ist eine höchst ungünstige. Das Kind stirbt am 11. Tage. Die Ansteckung erfolgte hier auf plazentarem Wege. Der Verfasser bespricht eingehend die prophylaktischen Maßregeln zur Verhütung einer Weiterverbreitung in seiner Anstalt. Die Vermeidung des Kontaktes mit den Kranken, mit den ihn umgebenden Personen und Gegenständen ist das Wichtigste in der Prophylaxis der Blattern. Chrzelitzer-Posen.

Verwandtschaft von Variola und Kuhpocken, von P. M. Ashburn, E. B. Vedder und E. G. Gentry. (Philippine J., Februar 1913.) Gestützt auf die bekannten klinischen Erscheinungen der Variola und auf die Tatsache der Abschwächung des Virus durch Übertragung auf Affen, Kühe usw. und die Experimente der Rückübertragung, haben

Digitized by Google

die Verfasser sich die Theorie zurecht gemacht, daß die Pocken hervorgerufen werden von einem dualistischen, teilbaren Virus, dessen einer Bestandteil die harmlosen Impfpocken hervorruft, während der andere zu einer schweren kontagiösen Allgemeinerkrankung mit Inkubationsstadium, Fieber und eventuell tödlichem Ausgange führt. Da es ihnen für ihre Schlüsse am Menschenmaterial fehlt, so verfechten sie ihre Ansicht durch Analogieschlüsse mit ähnlichen Krankheiten und Mitteilungen aus der Literatur, die sie mit großem Fleiße zusammengetragen haben. Lasch-Breslau.

Untersuchungen über die Hämatologie der Variola und Vakzine, von Max Schatzmann-Bern. (Korr.-Bl. Schweiz., 1913, Nr. 46.) Verfasser fand bei Variola und Vakzine nur graduelle Unterschiede des Blutbildes hinsichtlich der Zellformen, der quantitativen Verhältnisse und der Einzelwerte der verschiedenen Zellarten.

Valentiner-Leipzig.

Die Infektions- und Immunitätsreaktionen bei der Vakzine und Variola, von P. Gastinel. (Thèse de Paris, 1913.) Der Verfasser studierte besonders eingehend die Komplementbindungsreaktion und die neutralisierende Reaktion des Serums. Beide Reaktionen kommen bei Geimpften immer mit denselben Charakteren vor. Die Komplementbindungsreaktion ist eine konstante, frühzeitig auftretende und in 14 Tagen wieder vorübergehende Reaktion, die neutralisierende Eigenschaft des Serums hält hingegen viel länger an. Bei Kranken, welche die Komplementbindungsreaktion aufweisen, unterscheidet sich eine Wiederimpfung nicht von einem banalen Trauma. Hingegen nimmt sie den Typus einer frühzeitigen allergischen Reaktion an, wenn das Serum antivirulente Eigenschaften erworben hat. Nach der Impfung ist das Serum im Besitze zweier Eigenschaften, welche man in vitro demonstrieren kann: 1. frühzeitige, mit der Infektion zusammen eintreffende, die bald verschwinden und durch die Komplementablenkung gefunden werden, 2. später erscheinende, die für den Zustand der Allergie charakteristisch sind und durch den Nachweis der viruliziden Wirkung des Serums demonstriert werden.

Dem Verfasser gelang es ferner, ohne Hautläsion, auf subkutanem, endovenösem, digestivem und peritonealem Wege verschiedene Tiere zu immunisieren, und fand bei diesen Tieren dieselben Serumreaktionen.

Im Serum Variolakranker fand G. dieselben Eigenschaften wie bei der Vakzine. Vom therapeutischen Standpunkte scheint es, daß für eine präventive Wirkung am besten das Serum von Variolakranken in der Rekonvaleszenz geeignet ist, d. h. eines Serums, das nicht mehr die Komplementbindungsreaktion aufweist, sondern nur noch virulizid ist. A. Gunsett-Straßburg.

Verschiedenes.

Das **Lepraheim** in Memel beherbergte im Vorjahre 19 Kranke (6 männl., 13 weibl.). Davon stammten 15 aus dem Kreise Memel, 1 aus dem Kreise Heydekrug, 1 aus Frankenthal in Bayern und 2 aus den russischen Ostseeprovinzen. Dem Alter nach standen sie zwischen 20 und mehr als 70 Jahren; einer ist gestorben. Zum Besuche der Kranken ist die Erlaubnis des Landrates nötig.

In Pineville, Kentucky, hat vom 18.—20. August d. J. eine **Pellagrakonferenz** stattgefunden.

Dr. Otto Sachs hat sich in Wien als Privatdozent für Dermatologie und Syphilidologie habilitiert.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. Oktober 1914 | Nr. 40 | Band 59

Die Sauerstoffmittel in der Dermatologie.

Von

P. G. Unna.

In schroffem Gegensatz zu dem Reichtum an reduzierenden Mitteln besitzt der Arzneischatz der Haut nur wenig oxydierende. Jene beschränken und vernichten die Sauerstofforte der Oberhaut in der Keimschicht und damit die Möglichkeit mitotischer Neubildung in derselben. Die Folge ist ein Stillstand im Wachstum der Stachelschicht und eine Begünstigung ihrer Verhornung. Die Stachelschicht wandelt sich rascher als normal in Hornschicht um, mit deren Abschuppung unter Umständen der pathologische Prozeß geheilt ist. So erklärt sich die Wirkung der stark reduzierenden Mittel (Chrysarobin, Pyrogallol) bei der Psoriasis und dem chronischen Ekzem; sie sind deshalb unsere Hauptmittel bei dieser großen Gruppe, weil deren hartnäckigstes Symptom die Verdickung der Stachelschicht, die Akanthose, ist und nicht, wie so oft gesagt wird (sog. „infiltrierte“ Haut bei Ekzemen), die „Infiltration der Kutis“.

Die oxydierenden Mittel dagegen kommen neben den hornerweichenden und keratolytischen in Betracht, wo eine zu starke Verhornung (Hyperkeratose) das Krankheitsbild beherrscht, also teils innerhalb derselben Gruppe — Ellbogenpsoriasis, kallöses Ekzem —, teils außerhalb derselben: Lichen, Akne.

So oft bei diesen Affektionen außer der Hyperkeratose auch eine Akanthose zugleich mit in Frage kommt, so scheitert doch bei diesen Affektionen die alleinige Anwendung unserer reduzierenden Mittel meistens, da, ehe sie auf die Akanthose wirken können, die Hyperkeratose vorher beseitigt werden muß. Denn durch die verdickte Hornschicht dringen die Mittel nicht hindurch. Außer den hornerweichenden und schälenden Mitteln verdienen zum Zwecke der Hornverdünnung nun auch die oxydierenden Mittel mehr als bisher herangezogen zu werden, und zwar in einer besonderen Kombination, nämlich in der mit alkalischen Mitteln.

Auf diese Verbindung ist bisher in der Therapie der Hautkrankheiten nicht genügendes Gewicht gelegt worden, und doch ist es klar, daß die Wirkung des Sauerstoffs auf die Hornschicht erst bei gleich-

Digitized by Google

zeitiger Anwendung von Alkalien voll ausgenützt werden kann. Die bisher hauptsächlich zur Verwendung gekommenen Sauerstoffmittel waren entweder neutral (Wasserstoffsuperoxyd) oder starke Säuren (Salpetersäure, Chromsäure). Andrerseits, z. B. bei Akne, wurden die Alkalien, wie Aqua calcis im Kummerfeldschen Wasser, Calcaria usta in der Sol. Vlemingx mit Vorliebe zusammen mit Schwefel, einem reduzierenden Mittel verbunden. Es unterstützen sich aber Alkalien und Schwefel nur bei Bekämpfung der follikulären Entzündung, während die meisten sonst noch vorhandenen Symptome, so die Hyperkeratose, die Hornpigmentation und die Punktation der Follikelmündungen wohl durch Sauerstoffzufuhr vermindert, durch Schwefel aber verstärkt werden. In diesen Beziehungen ist es natürlich viel rationeller, die Wirkung des Alkalis mit der des Sauerstoffs zu verbinden.

Im folgenden möchte ich nun die Aufmerksamkeit der Kollegen auf einige weniger bekannte Formen alkalischer Oxydentien und deren praktische Verwendung lenken.

I. Kalipermanganatpaste (Chamäleonpaste).

Eines unserer besten Sauerstoffmittel ist das Kalipermanganat, welches in der Dermatologie bisher nur selten und nur in Form von Bädern und Umschlägen Verwendung fand. In Pastenform wurde es bisher nicht angewandt, da es sich in Berührung mit allen organischen Körpern und daher auch allen gebräuchlichen Salben- und Pastenvehikeln zersetzt und seinen wirksamen Sauerstoff schon in der Kruke abgibt.

Die einzige mir bekannt gewordene Form einer haltbaren Pastengrundlage, nicht zu äußerem Gebrauch, sondern als Pillenkonstituens, war die Verreibung mit Holzkohle und Wasser.

Es ist mir nun vor einigen Jahren gelungen, das Kalipermanganat in eine solche Form zu bringen, daß es in der täglichen dermatologischen Praxis erfolgreich mit der Gruppe der reduzierenden Mittel konkurrieren kann. Mischt man Kalipermanganat lediglich mit unorganischen, nicht reduzierenden Substanzen, so resultieren haltbare Pasten. Als einfachste Mittel derart dienen Zinkoxyd und Wasser. Ich verwende folgende Mischung: Kalipermanganat 1, Zinkoxyd 10, Wasser 10; M.

Das Permanganat wird mit dem Wasser heiß verrieben und dann das Zinkoxyd unter Verreiben allmählich hinzugefügt. Es resultiert eine schön bläulichrote, geschmeidige Paste, welche sich in der Kruke sogar am Lichte beliebig lange hält, auf der Haut verrieben aber sofort reduziert wird. Wenn sie in der Kruke mit der Zeit eintrocknet, kann sie mit etwas destilliertem Wasser wieder weich gemacht werden.

Digitized by Google

Bei der Reduktion auf der Haut zeigt die Paste denselben Farbenwechsel wie die rote Permanganatlösung, wenn man dieselbe z. B. durch Zusatz von Alkohol reduziert, wobei ihre Farbe durch Violett und Blau in Grün übergeht (daher der Name: Chamäleonlösung). Die Paste nimmt im Verlaufe weniger Minuten eine blasse, bläulich- bis grünlichgraue Färbung an, entsprechend der Mischung von grünem Kalimanganat mit dem weißen Zinkoxyd. Allmählich schreitet die Reduktion weiter, bis sie in die braunschwarze Stufe des Mangansuperoxyds übergeht.

Bei der ersten Umsetzung wird aus 2 einwertigen Permanganationen (MnO_4') ein zweiwertiges Manganation (MnO_4''):

$$2KMnO_4 = K_2MnO_4 + MnO_2 + O_2,$$

wobei sich ein Molekül Mangansuperoxyd und 2 Moleküle Sauerstoff abspalten. Viel langsamer erfolgt dann die weitere Sauerstoffabspaltung unter Zutritt von Wasser und unter Bildung von Kalihydroxyd und noch einem Molekül Mangansuperoxyd:

$$K_2MnO_4 + H_2O = MnO_2 + 2KHO + O.$$

Zieht man beide Gleichungen in eine zusammen, so sieht man, daß aus 2 Molekülen Permanganat schließlich 3 Moleküle Sauerstoff neben 2 Molekülen Mangansuperoxyd und 2 Molekülen Kalihydroxyd hervorgehen:

$$2K_2MnO_4 + H_2O = 2KHO + 2MnO_2 + O_3.$$

Man gewinnt also als Nebenprodukt zugleich Kalihydroxyd, das für den Prozeß der Hornerweichung allerdings nur dann voll ausgenutzt werden kann, wenn man für genügende Wasserzufuhr durch feuchte Umschläge sorgt. Denn auf trockne Hornschicht wirkt Kalilauge verhältnismäßig wenig ein. Es ist mithin ratsam, bei sehr dicker Hornschicht einfach durch einen feuchten Umschlag die Kalinebenwirkung zur Sauerstoffwirkung hinzuzufügen. Dasselbe erreicht man, wenn man nach genügender Einwirkung der Kalipermanganatpaste ein warmes Bad geben läßt.

In der Praxis macht sich die Sache folgendermaßen. Hat man es mit einer universellen typischen Psoriasis zu tun, so reibt man etwa abends sämtliche Stellen, die mit dicken kreidigweißen Schuppen bedeckt sind, mit der Chamäleonpaste[1]) ein. Beschränkt man sich auf diese, so ist die Schmerzhaftigkeit ganz unbedeutend. Die übrigen Stellen, die mit dünnen Schuppen bedeckt sind, bedürfen der Sauerstoffpaste nicht. Am anderen Morgen nimmt sodann ein warmes Bad auf einmal sämtliche Schuppen gleichzeitig fort, auch die dicksten Auflagerungen auf Knien

[1]) Ich bevorzuge diesen Ausdruck nur wegen seiner Kürze.

Digitized by Google

und Ellbogen, ohne daß man mechanische Kraft anzuwenden nötig hat, und die nun folgende Behandlung mit starken reduzierenden Mitteln erzielt einen gleichmäßigen und wegen der allgemeinen Hornschichtverdünnung intensiveren Effekt.

Häufiger hat man es mit Psoriasisfällen zu tun, die nur an wenigen bestimmten Prädilektionsstellen — Ellbogen, Knie, Unterschenkel, Kreuzbeingegend usw. — die die Behandlung sonst so erschwerenden dicken Hornpolster tragen. Hier ersetzt ein nächtlicher Priessnitz-Umschlag nach Applikation der Chamäleonpaste das Bad.

Die Erfahrung hat aber gelehrt, daß bei den großen Kuren mit Pyrogallol und Chrysarobin ein Aufschub oder eine Unterbrechung derselben wegen Anwendung der Chamäleonpaste nicht durchaus notwendig ist. Man kann ganz gut unmittelbar nach Abscheidung des Mangansuperoxyds und Schwärzung der angetrockneten Paste die reduzierenden Salben darüber streichen. Allerdings erscheint ein solches Verfahren irrationell, da ein Teil des gebildeten Sauerstoffs sich mit dem Reduktionsmittel verbindet und daher sowohl etwas Sauerstoffwirkung für die Hornschicht, wie etwas Reduktionswirkung für die Stachelschicht verloren geht. Das ist wohl richtig. Aber die Nebenwirkung des Kalis hebt diesen Fehler für die Hornschicht und das Übermaß der reduzierenden Salben für die Stachelschicht auf. Man tut nur gut, im Falle man aus Zeitersparnis die Chamäleonpaste gleichzeitig mit den reduzierenden Salben anwenden will, letztere nicht in Form reiner Fettsalben, sondern als wasserhaltige Eucerinsalben zu verordnen oder Euceringlyzerin[1]) hinzuzusetzen, damit die Hornschicht feucht gehalten und das Kali wirksam gemacht wird.

In Verfolgung dieses Planes gestalten sich Kuren von universeller Psoriasis so, daß man je nach Bedarf alle stark verhornten und alle in der Kur zurückbleibenden Partien täglich vor Applikation des reduzierenden Mittels mit der Chamäleonpaste einreibt, um auf ihnen die Hornschicht zu verdünnen. Immerhin ist es gut, bei diesem Verfahren öfter, als es sonst bei diesen Kuren der Fall ist, baden zu lassen.

Man könnte noch daran denken, daß auch dem abgeschiedenen Mangansuperoxyd (MnO_2) noch irgend eine Nebenwirkung zukäme, z. B. als Sauerstoffreservoir oder als Katalysator bei der Oxydation der reduzierenden Mittel auf der Haut. Das letztere ist nun sicher nicht der Fall. Eigens darauf hin gerichtete Untersuchungen haben ergeben, daß frisch gefälltes MnO_2 an sich die Umwandlung von Chrysarobin und Pyrogallol durch die als Oxydationsmittel auf der Haut allein in Betracht

[1]) Unna und P. Unna jun., Ungt. Glycerini. M. Kl., Nr. 3.

Digitized by Google

kommende Ölsäure, nämlich die Oxydation zu Oxychrysarobin[1]) und Purpurogallin durchaus nicht verstärkt oder beschleunigt. Die Verwertung des MnO_2 als Katalysator ist also nur dann zu erwarten, wenn man schon zur selben Zeit, während sich dasselbe auf der Haut abscheidet[2]), mit einem in Wasserstoffsuperoxyd getauchten Wattebausch die stark verhornten Partien abreibt.

Andererseits kann man unter Verzicht auf die Nebenprodukte der Chamäleonpaste (MnO_2, KHO) durch Abwischen mit einem in Sol. calc. bisulfurosi getauchten Wattebausch die Haut momentan von der Mangansuperoxydschicht reinigen, um unmittelbar darauf die reduzierenden Mittel zur Anwendung zu bringen. Hierbei verbindet sich die freie schweflige Säure der Lösung mit dem Mangansuperoxyd zu ungefärbtem, löslichem schwefelsaurem Manganoxyd

$$H_2SO_3 + MnO_2 = MnSO_4 + H_2O.$$

In analoger Weise kann man den Sauerstoff- und Kaligehalt der Chamäleonpaste mit leicht sich ergebenden Variationen bei allen Hyperkeratosen der Haut zweckmäßig verwenden, bei kallösen, pruriginösen, palmaren und plantaren Ekzemen, bei Lichen der Extremitäten, bei Akne punctata, bei kallösen Unterschenkelgeschwüren usw.

(Schluß folgt.)

Aus der Praxis.

Aus der Syphilis-Abteilung des Budapester hauptstädtischen Sankt-Stefan-Spitales (Primarius: Prof. A. Havas).

Behandlung der Lues mit Embarin.

Von

Dr. A. Waller.

Das ideale merkurielle Injektionsmittel wäre jenes, bei welchem lokale Reaktionen fehlen, welches rasch wirkt, und bei welchem Rezidive der Syphilis sich gar nicht oder möglichst spät einstellen.

An unserer Abteilung haben wir in 30 Fällen das von der Firma Heyden (Radebeul bei Dresden) in Verkehr gebrachte Embarin verwendet. Das Präparat enthält 3% Hg. Embarin ist das sulfonsaure Natriumsalz des Hydrargyrum salicylicum mit $^1/_2$% Akoingehalt. Nach v. Hayek besitzt dasselbe die geringste Toxizität im Vergleich zu allen

[1]) Unna und Golodetz, Zur Chemie der Haut, VII. Die Oxydation des Chrysarobin auf der menschlichen Haut. Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 51. — [2]) Reimann hat nachgewiesen, daß das aus der Chamäleonlösung in Gewebeschnitten sich abscheidende MnO_2 katalytisch auf die Zersetzung von gleichzeitig angewandtem H_2O_2 wirkt.

Digitized by Google

bisher gebräuchlichen Quecksilbersalzen: so ist deren toxische Dosis zweimal so groß als jene von Hydrargyrum salicylicum.

Das erwähnte Mittel verwendeten wir sowohl in primären, als sekundären und tertiären Fällen. Wir begannen stets mit Dosen von 0,5 ccm. Die Injektionen wurden stets intraglutäal, und zwar in der auf unserer Abteilung usuellen und bewährten Schindlerschen Linie appliziert; letztere erhalten wir so, wenn wir die auf den äußersten Rand des Trochanter und den Endpunkt der Glutäofemoralfalte gestellten Vertikalen, mit einer den Kristakanten parallel, jedoch darunter zwei Fingerquer verlaufenden Linie schneiden; in der Mitte dieser Linie pflegen wir die Nadel einzustechen.

Nach der ersten Injektion (0,5 ccm) beobachten wir den Patienten (pünktliche Temperaturmessungen, Bettruhe), und wenn das Mittel gut vertragen wird, so werden in den folgenden 3 Tagen je 1 ccm und weiter jeden zweiten Tag je 1 ccm appliziert. 12—15 Injektionen genügten.

In keinem Falle konstatierte ich eine lokale Reaktion, höchstens an der Injektionsstelle eine geringe Empfindlichkeit, doch ausgesprochene Schmerzeu waren in unseren Fällen nie zu beobachten. Es bildeten sich keine Infiltrate, auch fehlten nachträgliche Schmerzen.

Unter den 30 Fällen sah ich nur in zweien derselben unmittelbar nach der ersten Injektion (in einigen Stunden) solche Erscheinungen, welche ich auf eine Idiosynkrasie dem Mittel gegenüber zuschreiben mußte. In diesen Fällen haben wir selbstverständlich von der weiteren Verwendung des Mittels Abstand genommen. In diesen zwei Fällen stellte sich nach 2—3 Stunden von der Einspritzung gerechnet Schüttelfrost, Schmerzen der Glieder, Diarrhoe ein, die Temperatur erhöhte sich auf 39,2°—39,5°. In allen übrigen Fällen konnten wir außer zufällig auftretenden gelinden Kopfschmerzen weder Fieber, Diarrhoe noch andere unangenehme Erscheinungen konstatieren. Das durch einen Überprüfenden gemeldete Vorkommen von skarlatiniformen Exanthemen konnten wir in unseren Fällen nicht beobachten.

Was nun die Wirkung des Mittels auf die luetischen Haut- und Schleimhautveränderungen betrifft, so zeigten unsere Erfahrungen, daß dieses Mittel die Wirkung betreffend in keiner Weise hinter den bisher als wirksam gehaltenen Antiluetizis steht, ja in einigen Fällen zeigten die Veränderungen eine auffallend rasche Rückbildung, was ja zu beobachten wir in der Lage waren. In einem Falle sind bohnengroße hypertrophierte und an der Oberfläche erodierte Papulen, welche anderen Hg-Behandlungen energisch widerstanden, nach der vierten Injektion (acht Tage) auffallend flach geworden und zeigten rasche Epithelisierung. Nach zehn Injektionen waren dieselben vollkommen verschwunden. Ein in der Nachbarschaft des rechten Mundwinkels befindlicher, zirka fünfkronenstückgroßer, sich auf die ganze Dicke des Koriums erstreckender ulzeröser Prozeß wurde nach der neunten Injektion fast vollkommen repariert. In Schleimhautfällen haben wir selbst noch raschere Besserung beobachtet. Gingivitis und Stomatitis mercurialis sahen wir nie — bei regelmäßiger Mundtoilette.

Nach alledem bildet das antiluetische Mittel Embarin eine vorteilhafte Erweiterung unseres Arsenals; die geringe Menge der einzuspritzenden Flüssigkeit, die jeden zweiten Tag absolvierbare Einspritzung, deren Schmerzlosigkeit, das Fehlen der lokalen Gewebeverwüstung, Infiltration, der unangenehmen Nebenerscheinungen, macht die Verwendung des Mittels empfehlenswert und angenehm. Natürlich dürfen wir jene Fälle nicht außer acht lassen, wo dem Mittel gegenüber eine Idiosynkrasie besteht, welche sich indessen schon nach der ersten Injektion meldet, und da ist es ratsam, die weitere Anwendung des Mittels einzustellen.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

The urologic and cutaneous Review.

März 1914.

1. Sexuelle Neurasthenie (lokale Behandlung und Balneotherapie), von Moritz Porosz-Budapest. Der Verfasser umfaßt unter der Bezeichnung der sexuellen Neurasthenie den bekannten Symptomenkomplex: häufige, unfreiwillige Samenergüsse am Tage oder in der Nacht, vorzeitige Ejakulation, ungenügende Erektion, Spermatorrhoe, Strangurie mit Enuresis nocturna, Hyperästhesien und Parästhesien im Rektum, der Harnröhre, dem Perineum, der Blase usw. Gehören diese Patienten zum Urologen oder Neurologen? Beide Spezialitäten müssen nach Ansicht des Verfassers Schulter an Schulter miteinander arbeiten, wenn etwas erreicht werden soll. In der Atonie der Prostata und der Samenbläschen, resp. der mangelhaften Funktion des Sphincter spermaticus (identisch mit dem Sphincter vesicae internus) sieht der Verfasser sehr häufig den Grund zu der sexuellen Neurasthenie und hat durch lokale Faradisation oft sehr gute therapeutische Erfolge gehabt. Gegen die sonst übliche lokale Behandlung: Kauterisation des Veru montanum, Psychrophor usw. spricht sich Porosz sehr energisch aus, dagegen betont er die Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung der sonstigen neurasthenischen Beschwerden mittels Balneotherapie.

2. Ein Fall von Anurie infolge von Steinbildungen, von Louis Frank-Louisville. Frank beschreibt einen Fall von Ureterensteinen der einen Seite, bei dem lokale Anurie 48 Stunden lang bestand; auf der anderen Seite wurde keine Abnormität gefunden, trotzdem war ein Zustand von völliger Anurie vorhanden. Es gelang dem Verfasser erst schwer, mit einem filiformen Katheter die Hindernisse im Ureter zu überwinden, und erst nachdem er den Katheter über die eingeklemmten Steine hatte hinausführen können, wurde zuerst 1 ccm Pus, dann etwas blutiger und endlich 100 ccm klarer Urin entleert; der Katheter wurde dann bis in die Niere hinaufgeführt und blieb über Nacht liegen. Während der Nacht sezernierte die Patientin durch den Katheter ungefähr 16 Unzen Urin, und, als derselbe noch weitere 24 Stunden in situ geblieben war, kehrten die sezernierten Mengen zur Norm zurück. Vor dem Herausnehmen des Instrumentes brachte Frank noch Öl hinter die Steine und glaubt, daß nach den vergleichenden Röntgen-Bildern der vorderste Stein etwas vorgerückt war. Das Befinden der Patientin war gut geworden, der Blutdruck wieder normal, und es bestanden keine Obstruktionserscheinungen. Falls es nicht gelingt, durch weitere Öleingießungen die Steine aus dem Ureter zu entfernen, will der Verfasser operieren. Er betont, daß die Gefahren des operativen Eingriffs wesentlich geringer seien bei normalem Blutdruck und guter Verfassung der Patientin als zur Zeit des schweren Ureterenverschlusses.

In der folgenden Debatte waren die Anwesenden darüber einig, daß der Versuch, Ureterensteine mit Öl zu entfernen, sehr verlockend erscheine, daß man aber nicht zu lange mit der Operation warten solle, da die Gefahr einer Schädigung des Nierengewebes bestände.

3. Akute hämatogene Infektion einer Niere, von A. H. Lewings-Milwaukee. Die Erkrankung ist zwar an Häufigkeit nicht zu vergleichen mit der Appendizitis, Cholelithiasis oder tuberkulöser Affektion der Niere, von denen sie differential-diagnostisch oft schwer zu unterscheiden ist, und mit denen sie oft verkannt wird, kommt aber keineswegs selten vor. Sie tritt in drei Formen auf:

Digitized by Google

1. Ganz akut im besten Wohlsein, mit Schüttelfrost, Fieber, heftigen Schmerzen in dem Rippenwirbelwinkel, der Urin ist klar oder leicht trübe mit nur wenig Eiter und roten Blutkörperchen und einer Spur Eiweiß. Die Patienten gehen, wenn sie nicht operiert werden, in wenigen Tagen zugrunde.

2. Mehr subakut ohne Schüttelfrost mit mittlerem Fieber; es bildet sich oft eine Pyonephrose aus.

3. Ganz schleichend, ähnlich einer subakuten Appendizitis oder Cholelithiasis, und zwar gewöhnlich im Anschluß an Operationen wegen infektiöser Prozesse im Körper. Geringes Fieber, Schmerzen in der Nierengegend und häufiger Urindrang sind die Symptome. Bei den beiden ersten Formen handelt es sich um zahlreiche infektiöse Infarkte in den Endgefäßen der Niere, die das umgebende Nierengewebe zur Abszedierung bringen. Nach Ansicht mancher Forscher erfolgt die Infektion von der Blase aus, entlang der Schleimhaut des Ureters. Meist ist das Bacterium coli oder pyogene Staphylokokken der Krankheitserreger; die Eingangspforte können die Tonsillen, der Nasenrachenraum, der Intestinaltraktus, die Blase, Prostata, Urethra oder Uterus sein. Die rechte Niere wird häufiger befallen. Oft sind der Infektion Nierenreizungen vorausgegangen, die den Boden für eine solche vorbereiteten. Die Erkrankung ist wohl zu unterscheiden von einer Niereninfektion, die durch Behinderung des Urinabflusses zustande kommt, und von solchen, die im Anschluß an andere Infektionskrankheiten (Exantheme, Diphtherie, Typhus) zustande kommen, indem die Erreger dieser Krankheiten beim Ausscheiden durch die Nieren hier eine Infektion hervorrufen, was für gewöhnlich nicht der Fall ist. Der Verfasser berichtet dann sechs Fälle von einseitiger hämatogener Niereninfektion.

Therapeutisch ist in den schweren Fällen wohl nur die Nephrektomie als wirksam zu betrachten, in leichteren Fällen dürfte eine Durchtrennung der Kapsel und Eröffnung der einzelnen Herde genügen, und in den ganz leicht verlaufenden genügt vielleicht Milchdiät und Urotropin, von letzterem besonders, wenn es in großen Mengen Flüssigkeit gelöst gegeben wird, hat der Verfasser fast stets gute Resultate bei trübem, Blut und Eiter enthaltenden Urin gesehen.

4. Über eigenartig geformte Nieren- und Blasensteine, von Jefferson A. Bloom-New Orleans. Nach einer allgemeinen Einleitung über die Bildung und Entstehung von Blasen- und Nierensteinen, die nicht nur als Salzdepots aufzufassen sind, bringt der Verfasser, wie er es in der Überschrift verspricht, die Beschreibung einiger ihrer Zusammensetzung und Größe nach ungewöhnlichen Steine. Zum Teil veranschaulicht er dieselben durch Abbildungen. Unter anderem betont der Verfasser, daß die Steine häufiger bei Männern als bei Frauen vorkämen, was wohl eine Folge einer ausschweifenderen oder sitzenden Lebensweise ist; ferner, daß in den ärmeren Schichten sich Steinbildung häufiger bei Kindern als bei älteren Leuten findet, während bei den Wohlhabenden die Verhältnisse genau umgekehrt liegen.

5. Über Methoden zur Trennung einzelner Bakterien aus einem Bakteriengemisch, von Alfred J. Buka-Pittsburg. Eignet sich nicht zum Referieren.

6. Über Nierensteine, von J. B. Lukins-Louisville. Nierensteine kommen besonders in dem Lebensalter von 15—50 Jahren vor; die sehr zahlreichen statistischen Angaben über die Häufigkeit hält der Verfasser für unzuverlässig, da die Steine oft keine Symptome machen und nicht diagnostiziert werden, und da unsere moderne Diagnostik (Zystoskop und X-Strahlen) dieselben viel häufiger erkennen läßt als in früheren Zeiten, in denen sie unbeachtet liegen blieben. Zumeist sind sie durch Harnsäure gebildet; bei Kindern durch harnsaures Ammon, bei Erwachsenen durch Harnsäure und bei alten Leuten durch oxalsauren Kalk; speziell werden Gichtiker und Leute

Digitized by Google

mit harnsaurer Diathese befallen; oft gibt eine katarrhalische Entzündung die Veranlassung zur Steinbildung; dieselbe ist häufiger bei Männern als bei Frauen und wird begünstigt durch übermäßigen Fleischgenuß, sitzende Lebensweise, warmes Klima, Alkohol, und es scheinen einzelne Völker, z. B. die Italiener, besonders prädisponiert. Bei der Schilderung der Steinbildung um den Kern, der klinischen Symptome und der diagnostischen Hilfsmittel (X-Strahlen, Zystoskopie, Ureterenkatheterismus) bringt Lukins nichts Neues; er betont die große Wichtigkeit gewissenhaftester mikroskopischer Kontrolle des Urins, welche über die Natur der Steine und vor allem über den Zustand der Niere Aufklärung gibt, auch genaue anamnestische Daten über das Auftreten der einzelnen Symptome sind von großer Wichtigkeit. Verfasser bespricht die differentialdiagnostischen Momente der Nephrolithiasis gegenüber: Appendizitis, Nierentuberkulose, Rheumatismus, Gallenkoliken, Erkrankungen des Ovariums oder der Tube.

In bezug auf die Therapie nicht viel Neues. Während des Anfalles: Morphium oder Atropin. Eine Statistik von 110 Fällen, von denen 50% ohne Operation, mit Wärme usw. behandelt und 50% operiert wurden, zeigt, daß von den nicht operierten nur sechs Rezidive hatten, während von den operierten Fällen bei der Hälfte eine neue Operation notwendig wurde; allerdings waren gerade die schweren Fälle operiert, und die Vervollkommnung unserer chirurgischen Technik macht jetzt ebenfalls die Erfolge günstiger. Die Prognose hängt wesentlich davon ab, ob eine Infektion eintritt oder nicht. Als absolute Indikation für die Operation stellt der Verfasser folgende Gesichtspunkte auf: 1. eine bestehende Hydronephrose, 2. wenn sich ein Nierenabszeß gebildet hat, 3. wenn in chronischen Fällen der Patient an Gewicht und Körperkräften herunterkommt und die hygienischen und medizinellen Maßnahmen ohne Erfolg bleiben, 4. wenn die X-Strahlen zeigen, daß der Stein so sitzt, daß er auf andere Weise nicht entfernt werden kann.

7. Differentialdiagnose zwischen Nierenerkrankungen und Pottscher Krankheit (Tuberkulose der Wirbelsäule), von H. Winett Orr-Lincoln. Orr berichtet, daß er wiederholt Gelegenheit gehabt hätte, zu beobachten, daß chirurgische Eingriffe — d. h. Eröffnung des Abdomens — stattgefunden hätten in Fällen, in denen genaue Untersuchung der Patienten, besonders bei Kindern, gezeigt haben würde, daß es sich um Pottsche Kyphose gehandelt hat. Bei der enormen Wichtigkeit der frühzeitigen systematischen orthopädischen Behandlung der Pottschen Krankheit, und ebenso umgekehrt, um rechtzeitiges, chirurgisches Vorgehen bei Nierenerkrankungen (speziell bei den mit Eiterbildung einhergehenden, wie: Pyelitis, Pyelonephritis, Perinephritis) muß es Sache jedes gewissenhaften Arztes sein, so früh als möglich die Differentialdiagnose zu stellen. Da aber besonders im Beginn der Tuberkulose der Wirbelsäule der Gang der Kinder nicht immer charakteristisch ist, muß die Diagnose durch sorgfältige Urinuntersuchung und Anwendung der X-Strahlen gestützt werden. Es bestünde leider heute die Neigung zugunsten der chirurgischen Exploration, die Untersuchungen der inneren Medizin in den Hintergrund zu schieben.

8. Über Symptome von seiten der Blase und ihre gynäkologische Bedeutung, von John Sellwood-Portland. Der Verfasser betont, daß eine gewisse Unterschätzung der Bedeutung von Blasensymptomen Platz gegriffen habe, und daß man sich in der Ärztewelt (noch mehr natürlich in Laienkreisen) bei häufigem Urindrang eventuell mit Schmerzen, bei trübem Urin mit Blut und Eiter, daran gewöhnt habe, ohne den vielerlei Ursachen, welche diese Beschwerden verursachen können, auf den Grund zu gehen, irgend ein Mittel zu verschreiben, das eventuell geeignet sein könnte, den Urin klar zu machen und den Harndrang zu mildern, d. h. in etwas stereotyper und leichtfertiger Weise Symptome, aber nicht die Krankheit zu behandeln. Der Verfasser

Digitized by Google

macht auf die häufige Infektion der Blase bei Frauen vom Mastdarm aus mit Baot. coli aufmerksam und betont, wie auffallend viele Frauen, die sonst auf Sauberkeit ihres Körpers halten, eine gründliche und regelmäßige Reinigung ihrer Genitalien für unnötig halten und auf diese Weise Keime in die Blase dringen lassen.

Der Arzt muß, falls er Albumen im Urin findet, neben der chemischen und mikroskopischen Untersuchung zum Zystoskop und eventuell zum Ureterenkatheter greifen, ebenso darf man, sowie Eiter vorhanden ist, nicht ruhen, bis man den Ursprung desselben festgestellt hat. Sellwood hebt neben anderen ausführlich erwähnten ätiologischen Momenten für Blasenreizungen hervor, daß man an Karunkeln der Urethra, an Masturbation, an Proktitis denken müsse. Um ein Beispiel der Sorglosigkeit mancher Ärzte zu geben, berichtet der Verfasser folgenden Fall: Es wurde eine Frau „in extremis" eingeliefert; dieselbe hatte seit mehr als einem Jahr Blasenbeschwerden und war während dieser ganzen Zeit nur zweimal wöchentlich mit Blasenspülungen behandelt worden. Bei der Untersuchung war der Urin voll Eiter und Tuberkelbazillen; die Zystoskopie zeigte eine ganz gesunde Blase, die Ureteroskopie zeigte den rechten Ureter und die rechte Niere tuberkulös erkrankt, die linke Seite gesund; es wurde trotz der großen Schwäche der Patientin die Nephrektomie gemacht, und die Patientin ist zurzeit gesund.

Der Verfasser wollte nur dartun, daß man bei Blasenstörungen stets daran denken soll, daß dieselben oft nur Teilsymptome eines schweren anderen Leidens sein könnten.

9. Über die Bedeutung des Urethroskops für die Pathologie, Diagnose und Therapie der Harnröhrenkrankheiten, von Simon Engländer-Cleveland. Nach einem historischen Rückblick über die Entwicklung der Endoskopie von Désormeaux (1853) und Grünfeld bis Casper, Posner, Oberländer, Löwenhard, Goldschmidt und Wossidlo, d. h. von der Anwendung reflektierten Lichtes bis zu der des direkten durch die elektrische Lampe, bespricht der Verfasser kurz die Anatomie der vorderen und hinteren Harnröhre und ihren Schleimhautfalten und zahlreichen Drüsenmündungen. Bei der Einführung des Endoskops muß eine möglichst große Nummer gewählt werden, die aber nicht so stark sein darf, um durch ihren Druck das Bild der Schleimhautwandungen zu verändern.

Nach einer kurzen Beschreibung des Aussehens der normalen Harnröhrenschleimhaut folgt eine Schilderung der häufigsten und mittels des Endoskops am meisten ins Auge fallenden pathologischen Veränderungen, und zwar bei der Urethritis anterior chronica, Strikturenbildung, Erosion, der Morgagnischen Krypten und anderen Lieblingsschlupfwinkeln der Gonokokken, der Littréschen Drüsen; ferner der Harnröhrendivertikel, die für den Abfluß und die Sondierung oft ein großes Hindernis sein können, der Verletzungen der Schleimhaut durch Säuren oder zu starke Injektionsmittel, der Strikturen, die sich — wenn passierbar — in ihrer ganzen Ausdehnung sehen lassen.

Eine fast noch größere Bedeutung hat die Endoskopie der hinteren Harnröhre, wo die Veränderungen im Trigonum — am Kollikulus, den Ductus ejaculatorii usw. — klarer sichtbar werden und oft auf diese Weise den speziellen Ausgangspunkt der sexuellen Neurasthenie erkennen lassen. Neben der Blennorrhoe kommen als ätiologische Momente in Betracht: geschlechtliche Erregungen (Coitus interruptus) und Masturbation; die Folgen dieser für uns sichtbar gewordenen Schleimhautveränderungen, zu denen auch Papillome gehören, bestehen in Spermatorrhoe, prämaturer Ejakulation, Hämaturie und Dysurie und sind oft durch lokale Behandlung (Ätzung des Kollikulus mit 20%igem Silbernitrat) therapeutisch beeinflußbar. Auch sieht man an der Schleimhaut der hinteren Harnröhre häufig charakteristische Veränderungen (Verdickung,

Digitized by Google

Kongestion usw.), wie auch ebensolche am Sphincter internus (z. B. Papillome); dieselben sind ohne Endoskop weder für die Diagnose, noch für die Therapie zugängig.

Ebenso wesentlich ist die Bedeutung des Urethroskops bei der Prostatahypertrophie; es gelingt oft mittels desselben durch Kauterisation den vergrößerten Mittellappen so zu verkleinern, daß die Menge des Residualharns von 500 ccm auf 100 oder 50 sinkt, oder derselbe in besonders günstigen Fällen ganz verschwindet. Die Frage der Therapie der Urethritis posterior chronica ist für den Verfasser in dem Momente gelöst, in dem es gelingt, mit Hilfe des Endoskops die erkrankte Stelle zu finden und behandeln zu können. Es genügen dann Ätzungen mit einem Silbersalz, Elektrolyse oder Kauterisation einer Morgagnischen Krypte oder eines paraurethralen Abszesses und dann und wann eine Spüldehnung.

Der Heiratskonsens sollte alten Blennorrhoikern nur erteilt werden nach: mikroskopischer Untersuchung, Anlegung von Kulturen von dem aus der Harnröhre und ihren Adnexen herausgepreßten Sekret, und urethroskopischer Untersuchung. Es sollte kein Blennorrhoiker aus der Behandlung entlassen werden, ohne eine urethroskopische Untersuchung einige Wochen nach der anscheinenden Heilung.

Der Verfasser schließt mit den Worten: „Ich hoffe, daß die Zeit nicht mehr fern ist, in der für den Urologen das Endoskop ebenso unentbehrlich ist, wie für den Chirurgen die X-Strahlen und für den Rhinologen die verschiedenen Methoden, mit denen er sein Arbeitsfeld beleuchtet."

10. Der Wert der Irrigations-Urethroskopie der hinteren Harnröhre, von Thomas W. Ross-Portland. Ohne sich auf eine detaillierte Schilderung der urethroskopischen Instrumente und ihre Verschiedenheiten einzulassen, betont Ross, daß erst seit der Benutzung der Irrigations-Urethroskopie (Wossidlo, Goldschmidt, Leo Bürger) die Therapie der hinteren Harnröhre wirksam geworden ist. Erst seit wir die krankhaften Veränderungen der hinteren Harnröhre sehen können, sind die mannigfachen Erkrankungen, deren Sitz vorwiegend der Colliculus seminalis ist, erkennbar und einer lokalen Therapie (Kauterisation usw.) zugängig geworden; Prostataerkrankungen, Papillome, Polypen usw. können jetzt direkt lokal ohne große operative Eingriffe behandelt werden.

Da die Arbeit wenig bringt, was nicht in den vorhergehenden Arbeiten ebenfalls Gegenstand der Erörterung war, sei nur kurz referiert, was der Verfasser, der selbst betont, es sei nicht leicht, zusammenfassend die Vorteile der Urethroskopie der hinteren Urethra zu schildern, mit folgenden Worten sagt: Wir können die Erkrankungen genau an ihrer Stelle mit Instillationen behandeln, ohne die gesunden Teile der Schleimhaut in Mitleidenschaft zu ziehen. Wir werden die Prostatamassage vornehmen, wenn dieselbe unsern Augen als vorteilhaft erscheint, nicht, wenn sie Sache der tastenden Routine ist; wir haben neue Begriffe über einige ursächliche Faktoren der sexuellen Neurasthenie kennen gelernt und bessere Vorstellungen für deren Behandlung gewonnen. Endlich ist die Urethroskopie posterior für die Prostataerkrankungen der Zystoskopie überlegen und wir können in Fällen sehend die Prostata palliativ galvanokaustisch behandeln, die früher inoperabel schienen. Lasch-Breslau.

Sexual-Probleme.

Juli 1913.

1. Vom Wesen der Kindesseele, von H. v. Hug-Hellmuth-Wien. Aufbauend auf die psycho-analytische Forschung von Freud, sucht der Verfasser in der vorliegenden Arbeit das Gebiet der Sexualität in frühsten Kindesjahren zu analysieren. Trotzdem das kleine Kind als asexuell gelten muß, so sucht der Verfasser nachzuweisen,

Digitized by Google

daß der Säugling schon im ersten Lebensjahre mit feinem Instinkt sich aus den der Körperpflege dienenden Veranstaltungen Lustgefühle zu verschaffen sucht. Bei der Berührung einzelner Körperteile bei der Reinigung merkt man dem Kinde am Gesichtsausdruck starke sexuelle Lust an, ähnlich wie bei dem Ludeln und Wonnesaugen am eigenen Körper. In etwas späteren Lebensjahren entwickelt sich in der Art des Spielens z. B. in der Zerstörungswut eine deutlich sexuell erotische Note. Der Verfasser kommt in seinen Deduktionen zu dem Schluß, daß kein Individuum für eine liebearme Kindheit je entschädigt werden kann, und daß das Kind, dessen Liebesbedürfnis und Liebesfähigkeit sich nicht genügend betätigen kann (und zwar sowohl aktiv und passiv), um etwas betrogen wird, wofür es nie im Leben vollen Ersatz findet.

2. Zehn Jahre Zuhälterparagraph, von R. Bloch. Eine tabellarische Zusammenstellung über die Verurteilungen wegen Kuppelei und Zuhälterei in den ersten zehn Jahren nach Inkrafttreten der Lex Heinze. Von allgemeinem Interesse ist nur, daß die Häufigkeit der Kuppelei parallel mit der der Zuhälterei geht, und daß wiederum die größten Zahlen der Verurteilungen in den Großstädten erfolgen. Die Zahl der Freisprechungen betrug in dem Jahrzehnt 13,18%.

3. Das rituelle Tauchbad (Mikwa) der jüdischen Frauen, von W. Hanauer-Frankfurt a. M. Ein Beitrag zur Hygiene resp. der Sexualhygiene der Juden, der sich zum Referieren nicht eignet. Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Über die Umzüchtung von Variola in Vakzine, von L. Külz. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1913, Bd. 17, H. 18.) Da die französischen Verfasser noch immer die Möglichkeit der Übertragung des menschlichen Variolavirus auf das Rind und seine Umwandlung in Vakzine verneinen, sieht sich Verfasser veranlaßt, seine 1904 ihm in Togo geglückten Übertragungsversuche ausführlich zu veröffentlichen, ohne im übrigen wesentlich Neues zu bringen. Oskar Gans-Hamburg.

Die Reinkultur des Pockenerregers, von W. Fornet. (B. kl. W., 1913, Nr. 40.) Vom Kalb gewonnene Rohlymphe läßt sich durch Schütteln mit Äther von allen fremden Keimen befreien. Meist genügen hierzu 20 Stunden, aber 150stündige Ätherbehandlung schädigt die Lymphe nicht. Durch Äther sterilisierte Lymphe ist ebenso wirksam wie die bisher gebräuchliche, meist fremde Bakterien enthaltende Glyzerinlymphe. Ebenfalls im Gegensatz zur bisher gebräuchlichen Glyzerinlymphe ist die bakteriologisch sterile Ätherlymphe selbst bei höheren Temperaturen sehr lange haltbar. Das Pockenvirus läßt sich von Reagenzglas zu Reagenzglas weiterzüchten, verliert aber dabei etwas an Virulenz; diese Kulturen können in gleicher Weise aus echten Pocken wie aus Kuhpocken gewonnen werden. Als Erreger ist das Microcosma variolae s. vaccinae anzusehen, weil es der einzige belebte Organismus in den wirksamen Kulturen ist, es ähnelt den schon von vielen Verfassern unter den verschiedensten Bezeichnungen bei Pocken beschriebenen kleinsten Gebilden. Georg Heymann-Elbing.

Über den Pockenerreger, von W. Fornet-Berlin. (B. kl. W., 1913, Nr. 50.) Die in wirksamen Kulturen nachzuweisenden einfachen und doppelten Gebilde stellen nur eine bestimmte Form des Pockenerregers dar, denn sie sind weder in jeder wirksamen Kultur noch in jeder wirksamen Lymphe in solcher Anzahl zu finden, daß die

Digitized by Google

spezifische Wirksamkeit an sie allein geknüpft sein könnte; man muß vielmehr annehmen, daß außer diesen auch noch andere Formen des Pockenerregers existieren, die, vielleicht wegen ihrer Kleinheit, sich bisher unserer direkten Beobachtung entzogen haben. Die Stellung des Pockenerregers im System kann erst nach weiterer Erforschung seiner Entwickelungsformen festgesetzt werden. Von den Bakterien scheint ihn dieser notwendigerweise anzunehmende Formenwechsel, die Unzulänglichkeit für gewöhnliche Bakterienfärbungen, die außerordentlich große Widerstandsfähigkeit gegen die meisten Chemikalien, die Bakterien schädigen, das makroskopisch meist unsichtbare Wachstum auf Bakteriennährböden und manches andere zu trennen. Daher ist der nichts präjudizierende Name Microsoma variolae vorgeschlagen. Georg Heymann-Elbing.

Die Differentialdiagnose der Pocken, von Ch. Bäumler-Freiburg i. B. (M. m. W., 1913, Nr. 25.) Verfasser bringt aus seiner eigenen Beobachtung mehrere interessante Einzelheiten und legt auch die von anderen Verfassern konstatierten wichtigsten Merkmale ausführlich dar, wobei er besonders das neuste Werk von Ricketts und Byles über die Diagnose der Pocken berücksichtigt. Die praktische Bedeutung des Themas erhellt aus dem Umstand, daß im Jahre 1912 sich 73 Pockenerkrankungen mit acht Todesfällen im Großherzogtum Baden ereigneten. A. Philippi-Salzschlirf.

Poliomyelitis und Variola, eine Betrachtung über ihre Ätiologie, von Friedrich Proeschen-Pittsburg. (New York m. J., 12. April 1913.) Rach eingehender Beschreibung der Erreger (Kokken) der Poliomyelitis und der Variola (Guarnierische Körperchen) und deren Reinkultur kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen. Methylenazurkarbonat ist ein geeignetes Färbemittel, um die Erreger von Tollwut, Poliomyelitis und Blattern sichtbar zu machen. Die kleinsten sichtbaren Formen sind ungefähr 0,1—0,2 Mikra groß und gerade noch an der Grenze der mikroskopischen Sichtbarkeit. Die Filtrierbarkeit der drei Arten von Mikroorganismen ist keine gleiche: jener der Poliomyelitis ist am leichtesten durch alle Arten von Filtern durchgängig, der Variola- und Tollwutkeim sehr schwer filtrierbar, besonders letzterer, welcher das Berkefild-Filter V nur in kleinen Mengen passiert. Der Unterschied in der Filtrierbarkeit dieser drei Keime zeigt deutlich, daß nicht nur die Größe, sondern auch einzelne Verschiedenheiten in der chemischen Konstitution der Protoplasmasubstanz eine Rolle hierbei spielen; wenn erstere allein die Filtrierbarkeit bestimmen würde, müßten alle drei durch die gleichen Filter ebenso leicht durchgehen wie der Poliomyelitiskeim. Die Reinkultur der genannten drei Keime ist bis jetzt noch nicht gelungen, welche Schwierigkeit mit der intrazellulären Lage derselben (in vivo) zu erklären sei. Die Einzelheiten der Formen usw. sind nur mittels der (beigefügten neun) Zeichnungen verständlich. Stern-München.

Über Erkrankungen des Rückenmarkes bei Menschenpocken, von Hermann Eichhorst-Zürich. (D. Arch. f. klin. Med., 1913, Bd. 111, H. 1 und 2.) Verfasser bringt nach einer Zusammenstellung der Literatur über das Thema eine eigene Beobachtung: Ein an Pocken erkrankter Arbeiter bekam während der klinischen Behandlung eine vollkommene Lähmung der Beine, der Blase und des Mastdarms. Unter zunehmender Benommenheit erfolgte in einigen Tagen der Exitus. Der interessante Sektionsbefund ergibt bei der mikroskopischen Untersuchung des Rückenmarkes, daß dieses in seiner gesamten Länge von Entzündungsherden durchsetzt war. Am stärksten fand sich die Entzündung im Lendenmark ausgebildet. In allen Abschnitten des Rückenmarkes erschienen die Vorderhörner am schwersten erkrankt. Genaueres empfiehlt sich nachzulesen.
Georg Heymann-Elbing.

Knochenveränderung bei Pocken, von W. E. Musgrave und A. G. Sison, der pathologisch-anatomische Bericht von B. C. Crowell. (Philippine J., 1913, Bd. 8, H. 2.) Die vorliegende Arbeit, die mit sehr guten Abbildungen und besonders vortrefflichen

Digitized by Google

Röntgenbildern reich ausgestattet ist, ist in der Hauptsache nur eine Ergänzung einer früheren Mitteilung der Verfasser über dasselbe Thema und eine kurze Beschreibung der seit jener Mitteilung neu beobachteten einschlägigen Fälle sowie eine Erläuterung der Abbildungen.

Bald am Anfang nur rektifizieren sich die Verfasser, die im übrigen auf ihren damaligen Ausführungen bestehen bleiben in einem Punkte: Während sie früher von dem Vorkommen von Knochendeformitäten infolge von Variola nur an den oberen Extremitäten gesprochen hatten, zeigen die jetzt beobachteten Fälle, daß dieselben destruktiven Prozesse auch in den Knochen und Gelenken der unteren Extremitäten und überhaupt an denen des gesamten Körpers vorkommen können. Die Reihenfolge der befallenen Knochen ist: Unterarm, Oberarm, Hand, Unterschenkel, Oberschenkel, Fuß und dann das Knochengerüst des übrigen Körpers. Die Deformitäten kommen meist in frühester Kindheit, in jedem Falle vor der beendeten Ossifizierung zustande; der älteste Fall unter den beobachteten betraf einen 14jährigen Knaben.

Die Verfasser geben zu, daß das Fehlen der Beschreibung dieser Knochendeformität im Anschluß an Variola in den Lehrbüchern etwas zur Vorsicht mahnt, damit wir nicht das post hoc ergo propter hoc verwechseln, zumal die mangelnde Entwicklung der Bevölkerung der Philippinen infolge Hungers zu einer Unterernährung und einer Art Verkümmerung geführt habe, welche die Verwechselung noch eher möglich erscheinen läßt. Umgekehrt sind die differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Krankheiten: Skorbut und Rachitis, viel seltener auf den Philippinen, als man im allgemeinen glaubt, und die ganz spezifische Knochenveränderung und die Variola in der Anamnese lassen Irrtümer ausschließen.

Es handelt sich darum, daß die Knochen nur im Längenwachstum zurückbleiben, während das vom Periost abhängige Dickenwachstum, d. h. der Durchmesser der Knochen normal ist; daher ist der Sitz der Krankheit zwischen Epi- und Diaphyse zu suchen.

Die folgenden Krankengeschichten erläutern das Gesagte, das, wie erwähnt, ganz besonders durch die zahlreichen Abbildungen illustriert wird. Besonders hervorzuheben ist das Sektionsprotokoll des dritten Falles, das in großer Ausführlichkeit an jedem Knochen die Veränderungen genau schildert und aus dem wir nur folgendes herausheben wollen. Die Diaphysen der Knochen sind kürzer als normal und die Epiphysen in ihrer Konfiguration verändert. Der Schaft der Knochen ist in bezug auf Konturen und Durchmesser normal; ein mittlerer Längsschnitt durch den Knochen zeigt vollkommene Ossifikation an den Epiphysenenden und keine Trennungslinie zwischen Diaphyse und Epiphyse, so daß vor Beendigung des Längenwachstums der Diaphyse die krankhafte Störung an der Grenzlinie zwischen Epi- und Diaphyse stattgehabt haben muß. Auch die mikroskopischen Untersuchungen der Knochenschnitte, die allerdings erst von einem Falle herrühren, bei dem es schon zum Stillstand resp. der Heilung des destruktiven Prozesses gekommen war, bringen keine nähere Erklärung; die Epiphysenlinie ist obliteriert, und die kompakten Knochen und das Mark zeigen normale Verhältnisse; krankhaft verändert sind nur Größe und Form der Epiphysen. Lasch-Breslau.

Elektrargol zur Behandlung der Pocken, von R. Denman. (Brit. m. J., 11. Okt. 1913.) Das Elektrargol ist eine auf elektrischem Wege hergestellte flüssige Lösung von kolloidem Silber, welche sowohl intravenös als auch, wenngleich mit geringerer Wirkung, intramuskulär injiziert werden kann. Auf der Insel Mauritius hat Verfasser das Mittel vielfach bei der Pest mit gutem Erfolge angewandt und, nachdem er einen Fall von gleichzeitiger Infektion mit Pest und Pocken bei dieser Behandlungsart genesen sah, auch bei Pocken. Bei einer im Jahre 1913 sich entwickelnden Epidemie dieses Leidens mit etwa 1500 Erkrankungen wurden rund 150 der schwersten Fälle mit den Injektionen entschieden

Digitized by Google

erfolgreich behandelt. Die Dosis betrug zunächst 10 ccm, wurde aber späterhin auf 20 ccm gesteigert. Man beginne möglichst frühzeitig mit den Injektionen und gebe in den ersten 3—4 Tagen alle 24 Stunden eine Dosis. Philippi-Salzschlirf.

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1912, von A. Groth-München. (M. m. W., 1914, Nr. 3.) Es ist aus diesem Jahresbericht, das mehrere im Referate nicht wiederzugebende, interessante statistische Einzelheiten enthält, zu entnehmen, daß im allgemeinen die Impfungen erfolgreich und ohne nennenswerte Störungen verliefen. Die Zentrallymphanstalt lieferte für mehr als 164000 Impfungen das nötige Material; andere Lymphe wurde nur selten verwendet. Außer in Bayreuth machte sich in der Bevölkerung keine Abneigung gegen das Impfen bemerkbar. Unter den geimpften kamen 32 Todesfälle als Folge von interkurrenten Krankheiten, Pneumonie, Eklampsie, Diphtherie usw. vor. Direkt durch die Impfung entstandene Schädigungen scheinen nicht vorgekommen zu sein.

Philippi-Salzschlirf.

Tafeln zur Belehrung über den Wert der Kuhpockenimpfung, von R. W. Raudnitz-Prag. (Das österr. Sanitätsw., 1913, Nr. 38.) Der Verfasser gibt in dieser Arbeit weit mehr, als der Titel vermuten läßt. Der die Tafeln einleitende und begleitende Text faßt in ganz ausgezeichneter Weise alles zusammen, was gegenüber den Einwänden der Impfgegner zu sagen ist.

Die Tafeln 1—3 zeigen den Gang von Blattern, Scharlach und Masern in Nordösterreich und in den angrenzenden Gebieten des Deutschen Reiches für die Zeit von 1873—1892. Während Scharlach und Masern in allen österreichischen und nichtdeutschen Gebieten ein Auf und Nieder zeigen, macht sich in betreff der Blattern ein Unterschied geltend. In den nichtdeutschen Gebieten sinkt die Kurve stetig, während sie in den österreichischen Gebieten den Typus der Masern- und Scharlachkurven aufweist. Daraus folgt, daß unter gleichen Bedingungen die Blattern nur dort abgenommen haben, wo Impfzwang bestand. Die allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse waren im übrigen (Masern- und Scharlachkurve) in diesen benachbarten Gebieten die gleichen.

Tafel 4 vergleicht die Erkrankungs- und Sterbefälle im gesamten österreichischen Heere mit jenen an Scharlach und Masern und lehrt wiederum, daß Scharlach und Masern die Zickzackkurve aufweisen, die Blattern jedoch nicht. (Im österreichischen Heere wurde 1886 die Impfung eingeführt.) Tafel 5 und 6 zeigen, daß der Anstieg der Blattern bei der Zivilbevölkerung in Österreich im Jahre 1888 von keiner gleichgehenden Erhöhung im österreichischen Heere begleitet war.

Der schützende Einfluß der Impfung macht sich auch darin geltend, daß von den an Blattern-Erkrankten viel mehr Ungeimpfte als Geimpfte sterben, wie Tafel 7 beweist.

Die Impfgegner behaupten, daß die Impfung die Tuberkulose erzeuge oder fördere. Tafel 8 zeigt, daß in dem streng durchimpften Preußen die Tuberkulosesterblichkeit seit 1877 ununterbrochen abgenommen hat, während in dem bis 1892 sehr schlecht durchimpften Österreich erst seit 1904 eine viel geringere Abnahme festzustellen ist. Die Behauptung, daß die Geimpften eher zu bestimmten Krankheiten neigen als die Ungeimpften, entkräftet Tafel 9. Eugen Brinitzer-Altona.

Zur Geschichte der Kenntnis des klinischen Verlaufes der Schutzpocken, von R. von Jaksch. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 1.) v. J. vermißt in den Arbeiten von Jochmann und von Mairinger, die in jüngster Zeit in 2 Handbüchern Beiträge über den klinischen Verlauf der Schutzpocken veröffentlicht haben, eine Berücksichtigung seiner eignen Arbeit über dieses Thema. Die genannten Verfasser hätten über den Temperaturverlauf bei den Schutzpocken wenig und z. T. Unrichtiges gebracht. Das Wesentliche aus seinen Beobachtungen wäre folgendes: Die febrile Temperatursteigerung

Digitized by Google

beginnt in der 45.—164. Stunde nach der Impfung. Der Anstieg erfolgt treppenförmig, ist verschieden hoch, zwischen 38,0—40,5° C. Das Fieber (Akme am ersten Fiebertage) hält 4—6 Tage an, ist unabhängig von der Lokalaffektion. Der charakteristische treppenförmige Auf- und Abstieg vollzieht sich im Verlaufe von 24—72 Stunden. Man kann ohne Gefahr für das Kind vor und während des Bestehens und unmittelbar nach dem Ablaufe von Krankheiten (Pneumonie, Tuberkulose) eine Impfung vornehmen. (Schutzimpfung bei drohender Variolaepidemie.) Eugen Brinitzer-Altona.

Vakzineübertragung auf die Analgegend, von E. Rossiwall. (Wien. klin. Rdsch., 1913, S. 489.) Auftreten von Vakzinepusteln 15 Tage nach der Impfung. Verfasser hat innerhalb eines Jahres noch zwei gleiche Fälle gesehen; alle Kinder hatten Oxyuren. Richard Frühwald-Leipzig.

Generalisierte Vakzine, von Voigt-Hamburg. (Klin. ther. Wschr., 1914, Nr. 3.) Ein auf hämatogenem Wege entstehender Allgemeinausschlag der generalisierten Vakzine ist selten. Die gelegentlich an Geimpften auftretenden makulösen, papulösen, ja selbst Bläschenausschläge, besonders bei zum Ausschlag neigender oder mit Ausschlag behafteter Haut, sind keine generalisierten Vakzine, weil diese Hautausschläge den Kuhpockenstoff in ansteckender Form nicht enthalten. Im Falle von Pockengefahr darf man einen mit Ekzem Behafteten impfen, wenn man die Impfstelle mit einem gut sitzenden Schutzverbande bedeckt, so daß jede Übertragung von Vakzine auf das Ekzem verhindert wird. Junghanns-Dresden.

Weitere Untersuchungen über das Vakzinevirus, von S. v. Prowazek-Hamburg. (Zbl. f. Bakt., 1913, Bd. 72, Heft 1—2, S. 94.) Zur Entscheidung der „Grundfrage", ob die Immunität bei der Variolavakzine eine allgemeine oder eine graduell sich verschiebende Partialimmunität einzelner Histogenbezirke ist, wurden Kaninchen auf kutanem, subkutanem oder intravenösem Wege einmal infiziert, nach Feststellung der eventuellen allgemeinen Immunität mit unverdünnter Lymphe an den Augen nachgeimpft. Aus den Versuchen ging hervor, daß auf subkutanem, intraperitonealem und intravenösem Wege nach einmaliger Injektion eine Immunität der Hautdecke erzielt werden kann, wähend im Serum keine Immunkörper in deutlich nachweisbarer Menge festzustellen waren. Die Kornea war zunächst von dieser Immunität ausgeschlossen und konnte unter Produktion von Guarnierischen Körperchen mit Erfolg nachgeimpft werden. Die einmal geimpfte Korneastelle reagiert im allgemeinen nicht mehr auf eine Zweitimpfung durch Produktion von Guarnierischen Körperchen, dagegen fanden sich Veränderungen (Vakuolisation des Protoplasmas, Phagozytose, Leukozytose), die vielleicht auf allergische Erscheinungen hinweisen.

Nach Filtration von vorher gewässerter Glyzerinlymphe durch Uhlenhuth und Silberschmidt-Filter ließen sich in dem Filtrat Paschens Elementarkörperchen feststellen; diese färben sich nicht mit Sudan, Osmium, sind gramnegativ, widerstehen der Einwirkung schwacher HCl; durch Giemsa werden sie schwach gefärbt, sind auch ungefärbt im trockenen Präparat gut zu sehen; ihre Bewegung ist wahrscheinlich von der Art der Brownschen Molekularbewegung. Oskar Gans-Hamburg.

Gewinnung keimfreier Lymphe durch Zusatz von Chinosol, von Seiffert und Hüne-Stettin. (Zbl. f. Bakt., 1913, Bd. 71, Heft 1.) Bei ihren Untersuchungen zur Gewinnung und Konservierung einer keimfreien Lymphe gelang es den Verfassern, im Chinosol — einem Derivat des Oxychinolins, dargestellt durch Kochen von o-Oxychinolin in alkalischer Kaliumpyrosulfatlösung und daher als Doppelverbindung von Oxychinolinsulfat mit Kaliumsulfat anzusehen — ein alle Ansprüche erfüllendes Mittel zu finden. Das Chinosol — ein gelbes, in Wasser leicht lösliches, mit zunehmendem Alkoholgehalt in diesem unlösliches Pulver von safranartigem Geruch und adstringierendem, brennendem,

Digitized by Google

aromatischem Geschmack — erfüllt den gewünschten Zweck besonders gut als 3‰ige Lösung, da 1. durch Zusatz von Chinosol in dieser Konzentration sich die Lymphe keimfrei machen läßt, ohne daß ihre Wirksamkeit und Haltbarkeit darunter leidet, 2. es sich dabei um eine tatsächliche Abtötung der Keime handelt, 3. durch die bisherigen Ergebnisse der Hauptvorwurf der Impfgegner gegen die gesetzliche Impfpflicht hinfällig geworden ist, daß nämlich die Lymphe durch einen Gehalt an pathogenen Keimen den Impfling gefährde. Oskar Gans-Hamburg.

Zur Desinfektion des Impffeldes, von Hillenberg-Zeitz. (Zschr. f. Mbeamte, 1913, Nr. 17.) Vorschlag, das Impffeld durch Mastisol zu sterilisieren. Gleichzeitig weist Verfasser an der Hand seines zahlreichen Materials nach, daß bei der Benutzung des Mastisols die Wirkung der Lymphe keine Beeinträchtigung erfährt.

Fischer-Dresden.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Über die Lepra im Kaukasus, von v. Petersen. (Petersb. m. Zschr., 1913, Nr. 17.) Über die Lepra im Kaukasus sind sehr wenige Mitteilungen vorhanden, obwohl dort schon seit dem Ende des 18. Jahrhunderts Herde vorhanden sind. Auch jetzt ist die Krankheit herdweise stark verbreitet und erfordert dringend die Anwendung von Gegenmaßregeln. Richard Frühwald-Leipzig.

Pathologisch-anatomische Beobachtungen über einen Fall von Lepra universalis, von E. Fambri-Venedig. (Pathologica, 1914, Nr. 124.) Verfasserin beschreibt einen Fall von Lepra universalis mit verschiedenen Lokalisationen der Krankheit. Befallen war auch die Lunge und der Genitalapparat; in letzterem handelte es sich wahrscheinlich um eine doppelte Infektion mit Lepra- und Tuberkulosebazillen. Befallen waren ferner Milz und Knochenmark; es ist nicht ausgeschlossen, daß es sich auch in diesen Organen um eine Mischinfektion handelte. K. Rühl-Turin.

Die Röntgenstrahlen als eine wesentliche Hilfe für die frühzeitige Erkennung eines Leprafalles, von T. Miller-Victoria (Brit. Columbia). (Lanc., 26. Juli 1913.) Ein 22jähriger Chinese kam in Behandlung mit Klagen über allgemeine Körperschwäche und lanzinierende Schmerzen im linken Beine. Seit etwa 2 Jahren war ein Schrumpfen der linken großen Zehe ohne Eiterung bemerkt worden. Außer gewissen Schwellungen an einigen Fußknochen und einem zirkumskripten Gebiet von Anästhesie am linken Mittelfuß waren lepröse Symptome nicht vorhanden. Die Röntgenuntersuchung ergab degenerative Prozesse an einigen Fußknochen links und in geringerem Grade auch rechts, wie die Abbildungen erkennen lassen. Verfasser empfiehlt eine ausgedehntere Anwendung der Röntgenstrahlen bei der Untersuchung von zweifelhaften Fällen dieser Art. Philippi-Salzschlirf.

Die Diagnose der Lepra durch die Laboratoriumsmethoden, von L. M. Pautrier. (Presse méd., 1914, Nr. 21.) Verfasser bespricht die Biopsie, die Untersuchung des Nasensekretes auf Bazillen und die Kutireaktion mit Leprolin. Dieses ist ein Extrakt aus Lepraknoten und bewirkt auf der Haut der Leprösen ein erythematöses Knötchen, das vom 3. Tage an wächst; am 5. Tage bildet sich ein purpurner Fleck im Zentrum und dann eine schwärzliche Kruste. Richard Frühwald-Leipzig.

Vorläufige Mitteilung über Bettwanzen und Lepra, von D. Thomson-Liverpool. (Brit. m. J., 4. Oktober 1913.) Entgegen den Erfahrungen von Sandes und von Long hat Verfasser bei zahlreichen Untersuchungen nicht gefunden, daß Bettwanzen zur Übertragung des Leprabazillus geeignet sind. Während eines dreimonatigen Aufenthalts

Digitized by Google

in Panama und bei sonstiger Gelegenheit hat er 105 Wanzen, welche an Leprakranken sich genährt hatten, und ferner noch 35 in den Betten von Leprakranken gefundene Tiere nach dem Ziehl-Neelsenschen Verfahren auf Bazillen mit stets negativem Resultate untersucht. Philippi-Salzschlirf.

Die Übertragbarkeit des Leprabazillus durch Bettwanzen (Cimex lectularius L.), von A. J. Smith, K. M. Lynch und D. Rivas-Philadelphia. (Am. J. m. scien., November 1913. Aus einer Reihe von praktischen Experimenten entnehmen Verfasser, daß die Bettwanze sehr wohl imstande ist, beim Blutsaugen auch Leprabazillen aufzunehmen und eine Zeitlang im Verdauungstraktus und in ihren Drüsen zu beherbergen. Etwa 3—10 Tage nach der Fütterung sind die Bazillen am zahlreichsten anzutreffen; nach 4 Wochen oder etwas länger sind sie dann wieder zu Körnchen aufgelöst oder gänzlich verschwunden. Die Experimente wurden mit mehr als 100 Wanzen ausgeführt mit relativ reichlichen positiven Resultaten. Zur Verwendung als Bazillengeber kamen dabei teils zwei Leprakranke, teils eine Mischung von Hundeblut mit einer Duvalschen Reinkultur von Bazillen. Diese Flüssigkeit wurde mit frischer rasierter Haut von Hunden oder besser Ratten bedeckt, und man ließ die Wanzen durch diese Haut in das Blut einstechen. Des weiteren haben Verfasser die infizierten Wanzen dann Meerschweinchen stechen lassen, und es gelang wenigstens fünfmal, an der frisch exzidierten Umgebung der Stichstelle säurefeste Bazillen in kleinen Kolonien nachzuweisen. Verfasser glauben, daß sowohl die Bettwanze als auch andere, namentlich die beim Stechen eine Regurgitation ausführenden Insekten zum mindesten eine große Rolle bei der Ausbreitung der Lepra spielen. Philippi-Salzschlirf.

Der Leprabazillus: ist derselbe gezüchtet worden? von H. Fraser und W. Fleschер-Kuala Lumpur. (Lanc., 1913, Nr. 4700.) Auf obige Frage ist nach den recht eingehenden, $1^1/_2$jährigen Untersuchungen der Verfasser, denen im malaiischen Lepraasyl mit 250 ständigen Insassen ein reichliches Beobachtungsmaterial zu Gebote stand, entschieden verneinend zu antworten. In dem gut ausgerüsteten Laboratorium wurden auf verschiedenen, von anderen Verfassern als geeignet bezeichneten Nährmedien 373 Kulturen mit einem von 32 nicht ulzerativen Fällen von tuberöser Lepra entnommenen Material angelegt; aber in keinem Falle konnte man eine Vermehrung der (deutlich erhaltenen) Bazillen trotz monatelanger Beobachtung konstatieren. Dabei war festgestellt, daß die verwendeten leprösen Gewebsstückchen resp. das Serum enorme Mengen von säurefesten Bazillen beherbergten. In einzelnen Fällen, wo Streptothrixkulturen entstanden, konnte nachgewiesen werden, daß diese nicht von dem Bazillenherd ausgingen. Philippi-Salzschlirf.

Ein Vortrag über klinische und bakteriologische Momente bei der Lepra, von H. Bayon. (Brit. m. J., 20. Nov. 1913.) Vide auch: **Das Lepraproblem im britischen Reiche.** (Lanc. 1913, S. 1527.) Verfasser resümiert kurz die Beweismomente für die Kontagiosität der Lepra und empfiehlt dringend staatliche, gut ausgestattete Einrichtungen für die Isolierung von Leprakranken, sofern diese nicht selbst für Verhütung weiterer Übertragung sorgen. In Indien hat nach den neuesten Berechnungen die Zahl der Leprösen in den letzten 10 Jahren von 100000 auf 110000 zugenommen; in Basutoland wurden vor 25 Jahren 300 Kranke gezählt, jetzt 800—900. In therapeutischer Hinsicht ist das Chaulmoograöl oder das daraus gewonnene Antileprol, nach Bayons Erfahrungen als intramuskuläre Injektion oder in Kapseln per os gegeben, noch das beste Mittel. Die Injektion von Vakzinen aus Bazillenkulturen hat, wie Mac Leod und Davies zeigten, vereinzelt sehr gute Resultate ergeben. Philippi-Salzschlirf.

Neueste Untersuchungen über die Inokulation von leprösem Material im Auge des Kaninchens, von A. Serra. (Lepra, April 1913.) Vier Serien von

Digitized by Google

Kaninchen wurden geimpft, die erste mit Kulturen, die zweite mit kleinen Stückchen von jungen menschlichen Lepromen. Die dritte Serie wurde mit Fragmenten eines Leproms inokuliert, das experimentell bei einem anderen Kaninchen durch Inokulation einer Kultur oder menschlicher Lepromteilchen erzeugt war und die vierte Serie mit Fragmenten von Knötchen, die experimentell bei einem anderen Kaninchen nach Übergang von Auge zu Auge hervorgerufen wurden. Die in die vordere Kammer vorgenommenen Inokulationen erzeugten in allen Serien ein typisches Leprom. Auch zeigten die inokulierten Tiere eine spezifische Serumreaktion, welche sogar in ziemlich konstanter Weise das Angehen der Inokulation verfolgen läßt. Solange dieselbe nicht haftet, bleibt die Reaktion negativ. Wenn dieselbe angeht, so geht auch die Reaktion allmählich in die positive Phase über. Ferner gelang es dem Verfasser, den Bazillus bei einem 339 Tage vorher geimpften Kaninchen wieder zu isolieren. Mit diesem Bazillus konnte an einem anderen Kaninchenauge wieder ein Leprom erzeugt werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Lepra der Ratten, von E. Marghoux. (Presse méd., 1914, Nr. 21.) Aus dem Studium der Rattenlepra ergeben sich gewisse Schlüsse, die man auch auf die menschliche Lepra übertragen kann. Die Bazillen dringen stets durch eine Erosion der Haut ein, doch können sie auch durch die intakte Präputialschleimhaut gelangen. Insekten und Fliegen spielen bei der Übertragung höchstens eine sekundäre Rolle. Die klinisch erkenntliche Lepra ist selten im Verhältnis zur „Lepra frûste". Diese kann bis zum Tode des Kranken unbemerkt bleiben oder spontan ausheilen; durch sekundäre Momente wird sie manifest gemacht. Lepröse sollen dieselben Vorschriften der Hygiene befolgen wie Tuberkulöse.

Richard Frühwald-Leipzig.

Serologische Untersuchungen bei Leprösen, von B. Möllers-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 13.) Die Untersuchung erstreckte sich auf die Blutsera von 32 verschiedenen Leprakranken. Das Serum der an der tuberösen oder der gemischten Form der Lepra leidenden Kranken war in weitgehender Weise, nämlich in 95 bzw. 100% der untersuchten Fälle imstande, gegenüber Tuberkulinpräparaten eine positive Komplementbindungsreaktion zu geben, während die anästhetische oder nervöse Form nur in 25% eine positive Reaktion zeigte. Im Blutserum der Leprösen fanden sich komplementbindende Antikörper in stärkerem Maße gegenüber der Bazillenemulsion als gegenüber Präparaten aus der Kulturflüssigkeit der Tuberkelbazillen. Aus diesem Befund von Tuberkuloseantikörpern im Blutserum Lepröser läßt sich ein Rückschluß auf eine gleichzeitig bestehende Tuberkulose nicht ziehen. Es scheint diese komplementbindende Eigenschaft mit der größeren Ausdehnung der leprösen Krankheitsherde im Organismus zusammenzuhängen, wofür auch die Beobachtung spricht, daß bei ausgeheilter Lepra die Reaktion negativ ausfiel.

O. Junghanns-Dresden.

Knotenlepra bei einer Negerin, von J. L. Kirby-Smith-Jacksonville. (New York m. J., 11. Oktober 1913.) Der Fall, eine 22jährige verheiratete Frau betreffend, ist dadurch bemerkenswert, daß er in einer Gegend, die völlig frei von Lepra war, vorkam. Gesicht, Rumpf und Extremitäten zeigten zahlreiche knotige Hervorragungen, von welchen aber nur wenige ulzeriert und welche zuerst etwa 3 Jahre vorher im Gesicht aufgetreten waren. Untersuchung des Nasensekretes, das von oberflächlichen Ulzerationen in den hinteren Nasenpartien stammte, ergab den Leprabazillus-Befund. Die Behandlung — mit Chaulmoograöl in steigender Dosis war ohne, jene mit Röntgenstrahlen (im Gesicht) mit leichter Besserung begleitet. Weder bei den Eltern noch dem Ehemanne noch den Geschwistern der Patientin war die Spur einer leprösen Erkrankung vorhanden.

Stern-München.

Digitized by Google

Die Rolle der Nerven im Lepraprozeß, von M. Askanazy-Genf. (Verh. D. Path. Ges., 1912, S. 182.) Die Lepra ist in viel ausgesprochenerem Maße eine Nervenkrankheit, als man bisher angenommen hat. Sie befällt in elektiver Weise nicht nur die großen Nervenstämme, sondern auch die kleinen Haut- und Schleimhautäste, und zwar nicht nur bei der makulösen, sondern auch bei der tuberösen Form. Die Leprome der Haut und Schleimhäute sind als Neuroleprome aufzufassen. Valentiner-Leipzig.

Prophylaxe der Lepra in Frankreich, von Netter. (Bull. méd., 1914, Nr. 10.) Obwohl die Lepra in Frankreich im allmählichen Aussterben begriffen ist, so können doch die Einzelfälle gelegentlich zur Bildung eines größeren Herdes Anlaß geben. Deshalb genügt zur Prophylaxe nicht blos die Anzeigepflicht, sondern es müssen weitgehendere Bestimmungen gesetzlich getroffen werden. Die Isolierung der Leprösen in einigen Häusern ist nur dort notwendig, wo nicht die nötige Reinlichkeit herrscht und wo ein ständiger Kontakt mit Gesunden unvermeidlich ist. Lepröse Ausländer dürfen nicht einwandern. Lepröse mit Symptomen, die zur Bazillenverstreuung nicht geeignet sind, kommen unter ärztliche Aufsicht; ebenso die Mitbewohner von Leprösen. Gleichzeitig muß aber die Lepra in den Kolonien bekämpft werden, da sonst immer neue Einschleppungen erfolgen. Richard Frühwald-Leipzig.

Wundbehandlung bei Lepra, von R. Biehler-Riga. (D. Zschr. f. Chir., 1913, Bd. 124, H. 1—4.) Bei den Leprösen überhaupt insbesonders bei den Tuberoleprösen, ist ein gesteigertes regeneratives Vermögen vorhanden, andererseits eine verminderte Empfänglichkeit gegen Infektionen und speziell gegen Wundinfektionen. Nur die Ulzera der feinen Nervenform heilen nicht. Chrzelitzer-Posen.

Die chirurgische Behandlung der Lepra, gestützt auf eine neue Theorie der Infektion, von E. S. Goodhue-Hawai. (New York m. J., 9. Aug. 1913.) Gestützt auf eine zehnjährige reiche Erfahrung und über 6000 chirurgische Eingriffe, die verschiedene Formen äußerer Lepra der Besserung zuführten, kommt G. zu dem Schlusse, daß Lepra häufiger als allgemein angenommen wird, eine primär lokale Affektion ist und als solche gründlich durch geeignete lokale Mittel oder Operation ausgerottet werden kann. Die Inkubationsperiode beträgt zuweilen nur 5 Tage, der Initialherd kann lange Zeit, Monate, Jahre, ja sogar auf Lebensdauer lokalisiert bleiben und zwar entweder durch eine Art natürlicher, physiologischer Körperökonomie oder durch künstliche Umgrenzung (durch subkutane Injektion von 5%iger Karbollösung). Die lepröse Rhinitis ist sehr selten eine primäre, sondern gewöhnlich eine sekundäre infolge schon eingetretener Allgemeininfektion (nach meist längerer Zeit bestandener Lokalisation). In jedem Falle, wo Lepra sicher oder Verdacht auf einen Primärherd vorhanden ist, sollte derselbe entfernt werden, auch viele Fälle, die lange schon bestanden haben, können noch durch chirurgische Behandlung geheilt oder gebessert werden. Als ein Mittel, das sich u. a. zur Lokalbehandlung sehr geeignet erwies, möchte G. nach Hirschbergs Vorgang den Kohlensäureschnee (= Stifte) hervorheben, der durch die starke Kälteeinwirkung die erkrankten Gewebe und Keime zerstört. Daneben dürfte allerdings noch eine interne Behandlung mit Chaulmoograöl und der Gebrauch von Schwefelbädern von Vorteil sein. Die Ansichten Goodhues bedeuten wohl, daß wir unsere alten Theorien über die Entwicklung und Heilbarkeit der Lepra verlassen müssen. Stern-München.

Lepra und Messer, von E. S. Goodhue-Holualoa, Hawai. (M. Record, 19. Juli 1913.) In der bekannten Lepraansiedelung von Molokai sind durch sachgemäß durchgeführte chirurgische Eingriffe sehr gute lokale Resultate erreicht worden; einzelne Fälle sprechen dafür, daß die Abtragung solitärer Knoten zur definitiven Heilung geführt hat. Die gemachten Erfahrungen führen Verf. zu folgenden Schlußsätzen: 1. Die Lepra ist in den meisten Fällen eine lokalisierte Erkrankung. 2. Als solche läßt sie sich

Digitized by Google

durch geeignete Anwendung lokaler Mittel oder sorgfältige chirurgische Eingriffe beseitigen. 3. Die Inkubation ist manchmal sehr kurz, kann nur fünf Tage betragen. 4. Der primäre Herd kann monate- und jahrelang lokalisiert bleiben. 5. Lepröse Rhinitis ist gewöhnlich keine primäre Manifestation, sondern meist ein Zeichen allgemeiner Ausbreitung der Lepra. 6. Die allgemeine Ausbreitung der Bazillen über den Körper geschieht durch Autoinfektion und wird begünstigt durch Traumen, fieberhafte Erkrankungen und ähnliches; bei Frauen auch durch die Schwangerschaft.

W. Lehmann-Stettin.

Über Diathermiebehandlung bei Lepra, von P. Unna jun. (B. kl. W., 1913, Nr. 46.) Verfasser berichtet über sieben Fälle von Nervenlepra, die seit 1910 mit dem Diathermieapparat behandelt wurden. Die Diathermiebehandlung leistet bei der Beseitigung von Schmerzen im Verlauf der Lepra Vortreffliches. In der Schnelligkeit der Schmerzstillung bei Nervenlepromen und der Kupierung von heftigen Schmerzanfällen wird sie von keiner anderen Behandlung erreicht. Bei fortgesetzter Behandlung können mit ihr nachhaltige Resultate erzielt und selbst tiefliegende Infiltrate in relativ kurzer Zeit zur Ausheilung gebracht werden, was bei äußerer Wärmebehandlung erst in langen Zeiträumen gelingt. Ferner muß man sie als ein gutes Hilfsmittel bei jeder Allgemeinbehandlung der Nervenlepra begrüßen, da sie die verdickten, harten, mit Bazillen durchsetzten Nervenstränge erweicht und der Ölbehandlung zugänglicher macht. Die Kaustik nach de Forest hat sich bei der blutleeren Inzision von tiefliegenden Infiltraten und Lymphdrüsen, sowie bei der Entfernung der kutanen und subkutanen Knoten und Papeln bewährt. Zur schnellen Radikalentfernung der Knoten ist diese Methode mehr geeignet als die Kaustik mit dem Paquelin und die blutige Exzision.

Georg Heymann-Elbing.

Beitrag zur Nastinbehandlung der Lepra, von Max Rudolph-Estrella do Sul, Brasilien. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1913, Bd. 17, 19, S. 669.) Bericht über den letzten einer Reihe von sechs Leprafällen, den Rudolph zwei Jahre lang mit Nastin behandeln konnte. Die auf diese Weise erzielte, an Heilung grenzende Besserung kann der Verfasser nicht auf Rechnung einer der so häufig bei Lepra zu beobachtenden Latenzperioden setzen, da ein so in die Augen springender, allmählicher, fast vollständiger Rückgang der Symptome ihm in seiner fast 10jährigen Praxis trotz Salvarsan- und Chaulmoograölbehandlung noch nicht vorgekommen ist.

Neuerdings kombiniert Rudolph Chaulmoograöl mit Nastin und glaubt, daß so die langwierige Behandlung beträchtlich abgekürzt wird. Oskar Gans-Hamburg.

Ein Fall von Lepra, behandelt mit Salvarsaninfusionen (mit histologischer Untersuchung), von Tschumakow. (Russki Wratsch, 1913, Nr. 23 u. 25.) Histologisch beobachtete Verfasser in einem mit drei Salvarsaninfusionen behandelten Leprafall nach letzteren folgendes: Es kommt 1. bei Leprageschwür eine akute Reaktion mit Erweiterung der Gefäße, Epithelisation und Exsudation zustande, 2. erweitern sich die Lymphwege, 3. entwickelt sich eine deutliche Chemotaxis der Leukozyten und die Leprabazillen werden einer Phagozytose und Verdauung unterworfen, 4. werden die toten Teilchen von den Polyblasten erfaßt, 5. entwickelt sich in loco eine Abnahme des Infiltrats und eine Zunahme des festen Gewebes. Die spezifischen Veränderungen der Venen und der Nervenzellen bleiben unverändert; die entzündliche Reaktion steigert sich zeitweilig, hört aber darauf auf. Die Leprazellen unterliegen einer fettigen und vakuolen Degeneration. Klinisch beobachtet man um die Lepraherde eine Herxheimersche Reaktion, Blutungen in die Geschwüre, unter die Haut, in die Muskulatur, wahrscheinlich infolge komplizierter Einflüsse des Salvarsans selbst auf die stark veränderten leprösen Kapillaren,

Digitized by Google

Vernarbung eitriger Geschwüre, Verkleinerung anderer, Auftreten neuer Knoten, Unverändertsein der Stauung und Zyanose der Extremitäten, Unverändertbleiben der nervösen Erscheinungen. Arth. Jordan-Moskau.

b. Tuberkulose.

Über Versuche eine lokale Resistenz der Haut gegen Tuberkuloseinfektion zu erzeugen, von O. Stiner und S. Abelin-Bern. (D. m. W., 1913, Nr. 50.) Die Verfasser prüften die Frage, ob es möglich ist, die lokale Resistenz der Haut des Meerschweinchens durch Behandlung mit Tuberkulin derart zu steigern, daß eine spätere Infektion des Tieres durch Einreiben mit Tuberkelbazillen auf die vorbehandelte Hautstelle unterbleibt bzw. anders verläuft, als bei nicht vorbehandelter Haut. Sie verwendeten eine hochkonzentrierte Salbe aus Tuberkulin Koch; die an 70 Versuchstieren angestellten Versuche führten zu einem negativen Ergebnis. Dagegen scheint aus den Versuchen hervorzugehen, daß durch länger dauernde Vorbehandlung mit 50%iger Rindertuberkulinsalbe eine Verzögerung der Infektion und eine Lokalisierung auf die regionären Lymphdrüsen erreicht wird.

Die Laboratoriumsdiagnose der Tuberkulose durch Tierversuch kann dadurch beschleunigt werden, daß man den tuberkuloseverdächtigen Tieren Tuberkulinsalbe auf die Haut appliziert, es tritt dann meist bei tuberkulösen Tieren eine akute Vergrößerung der Drüsen auf; man kann so schon nach 14 Tagen, durch die typische Drüsenschwellung, die Diagnose sichern, während sonst 4—6 Wochen gewartet werden muß. Müller-Dresden.

Hauttuberkulose ohne Drüsenschwellung, von Nicolas, Massia, Gaté und Pillon. (Lyon méd., 1914, Nr. 16.) Verfasser haben Gelegenheit gehabt zwei Patienten mit tuberkulösen Hautgeschwüren und einen mit verrukösser Tuberkulose zu beobachten, bei denen die als charakteristisch betrachtete regionäre Drüsenschwellung fehlte. Deshalb darf das Fehlen dieses Symptoms die Diagnose Tuberkulose nicht ausschließen; nur die Verimpfung auf das Meerschweinchen kann eine sichere Entscheidung bringen. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die akute disseminierte Hauttuberkulose im Kindesalter, von E. Bruusgaard-Kristiania. (Tidsskrift f. d. norske laegeforening, 1914, 1.) Zur Beleuchtung des Verhältnisses und der Bedeutung des Hautorgans bei Allgemeininfektionen bespricht der Verfasser folgenden Fall:

Ein 4jähriges Mädchen hatte vor einem halben Jahre Masern, dann Lungenentzündung, weiter Otitis media suppurativa mit Aufmeißelung. Eine Zeit nachher traten multiple subkutane und kutane Knötchen und verruköse Hauteffloreszenzen auf. Nach fünf Monaten gesellte sich eine tuberkulöse Meningitis dazu, während der sich die von den multiplen Knötchen und verrukösen Effloreszenzen noch dastehenden Reste resolvierten. Meerschweinchen, die mit Knötchen bzw. verrukösen Effloreszenzen geimpft waren, starben sämtlich nach $2^1/_2$ Monat an Tukerkulose.

Von Interesse sind die akut auftretenden verrukösen Effloreszenzen, die bis 1 cm groß waren, und die mikroskopisch folgendes Bild zeigten: ein an den Papillen und der Pars reticularis cutis lokalisiertes Granulationsgewebe; das elastische Gewebe und das Bindegewebe sind destruiert. Das Granulationsgewebe folgt genau den Gefäßen. Am meisten eigentümlich sind die stark proliferierenden, hier und da kolbenförmig erweiterten Papillen, in welchen man noch Überreste des Bindegewebes und der elastischen Fasern sehen kann; und in diesen Papillen finden sich nun schöne miliäre Tuberkel, teilweise noch im ersten Anfange. Wilh. Holland-Kristiania.

Digitized by Google

Tuberkulose der Haut und der benachbarten Schleimhäute, von A. Havas-Budapest. (Orv. Ujsag, 1913, Nr. 14.) Nach einer Zusammenfassung der einschlägigen Literatur gedenkt Verfasser seiner eigenen Erfahrungen, von denen folgende erwähnenswert sind. Mit der Bierschen Stauungshyperämie kann ein sehr schönes Resultat erzielt werden, namentlich dann, wenn der Patient gleichzeitig Jodsalze (Jodkalium) in sukzessiv steigenden Dosen nimmt. Zur Vernichtung des tuberkulösen Gewebes mit chemischen Mitteln benutzt Verfasser Pyrogallol in Form einer 10%igen Salbe. Das mit Epithel bedeckte tuberkulöse Gewebe befreit er vorher mit Hilfe von Kalilauge von dem Deckepithel und legt 10%ige Pyrogallolsalbe, messerrückendick auf Leinwand gestrichen, darauf. Die Salbe wird täglich erneuert, bis sich das tuberkulöse Gewebe zu einer grünlichen pulpösen Masse umgestaltet hat, was in 4—8 Tagen erreicht werden kann. Wenn dies erreicht worden, wird die behandelte Fläche mit einer indifferenten Salbe (5%ige Borsalbe) bedeckt und abgewartet, bis sich das abgestorbene tuberkulöse Gewebe ablöst. Die überwuchernden Granulationen werden mit Lapis reduziert. Dieses Heilverfahren soll höchstens auf einem eine Handfläche großen Gebiet auf einmal zur Anwendung kommen. Pyrogallolsalbe verschont das gesunde Gewebe. Die Rezidive werden entweder abermals auf dieselbe Weise behandelt oder die einzelnen kleinen Knoten werden mit einem Thermokauter ausgebrannt. Bei Schleimhauttuberkulose pflegt Verfasser das Ätzen mit konzentrierter Milchsäure zur Anwendung zu bringen. Mit gutem Erfolge wird auch Radium angewendet. Arsen- oder Kreosotpaste wendet Verfasser nicht an, weil sie außergewöhnlich schmerzhaft ist und auch das gesunde Gewebe angreift. Bei Ulzerationen von sehr großer Ausdehnung und mit infiziertem (Staphylo-Streptokokken) stinkendem Sekret wendet er mit Erfolg ständige Kompressen mit Aqua calcis, eventuell mit Kalium permanganicum oder Sublimat an. Ein schönes Resultat kann auch durch Anwendung von heißer Luft (100—200° C) erreicht werden. Oberflächlich liegender Lupus verschwindet bei dieser Heilmethode durch Degeneration und Absorption. Die zurückbleibenden Narben sind glatt und weich. Mit Erfolg kann auch Kohlensäureschnee angewendet werden. Die außerordentlich niedrige Temperatur (—80° C) ruft eine Vernichtung des lupösen Gewebes hervor. Narben sind auch da glatt und weich. Mit der Finsenschen Heilmethode hat Verfasser keine Erfahrungen gesammelt. Mit Röntgen und Radium hat er jedoch befriedigende Resultate erzielt. Er hält die Heliotherapie für sehr empfehlenswert. Die Belichtung wird so lange auf einem Platze angewendet, bis die belichtete Fläche rot und hydropisch geworden ist. Hat man das erreicht, wird eine neue Stelle angegriffen. So kann man in einer Sitzung einen handflächengroßen Teil angreifen. Der Behandelnde schütze seine Augen gegen das starke Licht der Sonnenstrahlen mit einem dunkeln Glase und auch die Augen des Patienten müssen mit einem schwarzen Tuch verhüllt werden.

Porosz-Budapest.

Tuberkulose und Erythema nodosum, von René Lerichе und Louis Dor-Lyon. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 140.) Zusammenfassung der neueren Arbeiten über dieses Thema: 1. Poncet (1912) findet in einem Erythema nodosum-Knoten eine Riesenzelle. 2. Landouzy findet im Jahre 1913 Gefäßläsionen und einen Kochschen Bazillus in einem Gefäßlumen. Zugleich erkrankte ein mit dem Knötchen geimpftes Meerschweinchen an Tuberkulose.

A. Gunsett-Straßburg.

Bemerkungen über die Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und tertiärer Syphilis der Schleimhäute der oberen Luftwege, von Ove Strandberg-Kopenhagen. (Hospitalstid., 1914, Nr. 11.) Die Gleichheit zwischen Tbc. und tertiärer Syphilis dieser Regionen, die so groß sein kann, daß es unmöglich ist nur durch das klinische Bild die Differentialdiagnose zu stellen, wird vom Verfasser gebührend hervor-

Digitized by Google

gehoben. Die wichtigsten Hilfsmittel sind: die Anamnese, das klinische Bild, die Lokalisation, Wassermann-Reaktion, histologische Gewebsuntersuchung, „ex juvantibus" und die Tuberkulinprobe. Der mikroskopischen Untersuchung darf nur dann Gewicht beigelegt werden, wenn Bazillenbefund (Tbc.) positiv ausfällt; denn Riesenzellen und epitheloide Zellen finden sich sowohl bei Tuberkulose wie bei Syphilis.

Wilh. Holland-Kristiania.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Wie muß ich mich verhalten, um meinen Urologisch-Kranken nicht zu infizieren? von Stutzin-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 18.) Der Verfasser beklagt in der Einleitung, daß es in Deutschland noch keine offizielle urologische Klinik gibt, sondern daß sich der Brauch herausgebildet hat, die Urologie im allgemeinen zu teilen a) in große, d. h. operable Nieren- und Blasen-Urologie und b) in die sogenannte kleine, die sich nur mit den entzündlichen Vorgängen in der Harnröhre befaßt und in das Gebiet des Dermatologen fällt, während die „große" dem Chirurgen vorbehalten bleibt. Stutzin erklärt, wie die gesamte Urologie ein untrennbares Ganzes sei. Er gibt dann einige praktische Winke, speziell für die Dermatologen, die er im Verdacht hat, daß die Urethralasepsis nicht immer genügend von ihnen durchgeführt werde. Um wenigstens bei Sondierungen das nil nocere durchzusetzen, stellt er folgende Leitsätze auf:

1. den Penis nicht mit den nackten Fingern anfassen, sondern mit Watte umwickeln oder Gummihandschuhe anziehen;
2. den Meatus und dann die Glans mit einer Lösung von Hg-oxycyanat. ($^1/_{1000}$) abwischen;
3. die Harnröhre hinter der Glans zuhalten und die Fossa navicularis mit $^1/_4$ l warmer Hg-oxycyanat.-Lösung $^1/_{5000}$, dann die ganze Anterior ausspülen und endlich die Blase damit anfüllen;
4. das Instrument sorgfältig einführen und dabei mit einer Gleitflüssigkeit übergießen;
5. nach Entfernung des Instrumentes die Blase entleeren lassen.

Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Berichtigung. In Heft 38, Seite 1105 und 1106 der Arbeit „Über einen Fall von rasch tödlich verlaufener Meningitis luica neun Wochen nach dem Primäraffekt" von Th. Fahr, ist Fig. 1 mit Fig. 3 verwechselt worden.

Der Professor der klinischen Chirurgie Paul Reclus in Paris ist gestorben. Von ihm stammen mehrere vortreffliche Arbeiten über Syphilis und Tuberkulose des Hodens.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tannzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. Oktober 1914 | Nr. 41 | Band 59

Während da draußen um des Vaterlandes Ehre und Zukunft gekämpft wird, fehlt es den Daheimgebliebenen an Ruhe und Sammlung für wissenschaftliche Arbeit. Jetzt heißt es helfen. Unsere Fachgenossen, welche an der Front ihr Leben mit einsetzen, ihr Können den ärztliche Hilfe erheischenden Helden sofort beweisen dürfen, ebenso wie die in den heimatlichen Lazaretten tätigen Kollegen bitten wir um ihre Erfahrungen auf unseren Sondergebieten. Wir wünschen ihnen aufs innigste, daß sie unversehrt die große Zeit überstehen, frohen Herzens die Segnungen des Friedens mit erleben. Mögen die glänzenden diagnostischen und therapeutischen Errungenschaften des letzten Jahrzehnts auf unserem Arbeitsfelde sich ihnen auch unter den schwierigsten und keinerlei Verzögerung duldenden Verhältnissen bewähren, damit der brennende Wunsch unserer Kämpfer nach schneller Heilung sich erfülle, um von neuem für ihr Heiligstes einzutreten. D.

Zu Havas' Kritik meiner Arbeit: „Über das Wachstum der Haare auf Favusnarben nach Skarifikationen und Einpflanzung von Teilen des Haarschafts."

Von

Dr. Menahem Hodara, Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. phil. Wengler, Leipzig.)

Erst vor wenigen Wochen erhielt ich den offiziellen Bericht des letzten Dermatologenkongresses in Wien und damit genauere Kenntnis der folgenden Kritik von Havas-Budapest über meine obenerwähnte Arbeit, die in den Mh. f. pr. Derm., 1898, Bd. 27, Nr. 2 erschienen war.

Diese Kritik lautet folgendermaßen: „Die zweite von Menahem Hodara geübte Methode beruht auf einem Irrtum. Die in die skarifizierte Haut eingepflanzten Haarsplitter, welche nach seiner Beschreibung Wurzel schlagen und dann zu ausgebildeten Haaren auswachsen, sind Phantasiegebilde, die den Tatsachen nicht entsprechen" (Verhandl. d. deutsch. derm. Gesellsch., XI. Kongreß, S. 155).

Digitized by Google

Da alle wissenschaftlichen Tatsachen in meiner Arbeit auf vollkommener Genauigkeit beruhen, bin ich überzeugt, daß sie früher oder später von anderen Autoren, die sich eingehend mit dieser Frage befassen, werden bestätigt werden. Folgendes ist gewiß: Wenn man ganz kleine, frisch abgeschnittene Haarsplitter auf Favusnarben, die tief skarifiziert sind, einpflanzt, besonders bei jungen Personen, und während zweier Monate, um die Ablösung der Teile zu verhindern, hermetisch abschließt, so können einige dieser Teile Wurzeln fassen, und es können sich daraus neue Follikularzellscheiden entwickeln; die Proliferation der Stachelschicht um die eingepflanzten Haarsplitter und Bildung neuer Follikularzellscheiden verursacht eine Verlängerung des eingepflanzten Teiles und eine Haarwurzel mit voller Zwiebel, die mit dem eingepflanzten Haarteil verwächst; dieser treibt und wächst wie ein natürliches Haar.

All diese wissenschaftlichen Tatsachen habe ich nachgewiesen vor der Kaiserlichen Medizinischen Gesellschaft in Konstantinopel in den Sitzungen vom 26. März 1897 und 22. Oktober 1897 an Kranken, die mit Favusnarben behaftet waren, und an mikroskopischen Präparaten. In meiner Arbeit sind auch alle Abbildungen nach meinen mikroskopischen Präparaten zu finden, die diese Tatsachen nachweisen.

Jedoch um diese Resultate zu konstatieren, mußte man gefügige, mit Favusnarben behaftete Kranke finden, die die eingepflanzten, mit Papier, Pflaster oder anderswie bedeckten Haarsplitter zum wenigsten während zweier Monate nicht entfernen; sie müssen an sich Biopsien der nicht besäten Favusnarbenpartien anstellen lassen, um mikroskopisch das absolute Fehlen der Follikel festzustellen, und dann, nach der Aussaat in die Narbe, zur Zeit, wenn einige Haarsplitter Wurzel gefaßt haben und sprossen, eine neue Biopsie dieser besäten Partien anstellen lassen, um unter dem Mikroskop die Neubildung der Follikel um die eingepflanzten Haarteile herum zu konstatieren.

Ich habe solche gefügige Kranke finden können; immerhin ist es nicht jederzeit leicht, welche zu finden, die sich all diesen Versuchen und Biopsien unterwerfen.

Es ist nicht die geringe Anzahl der Haare, die möglicherweise wachsen, welche mich hauptsächlich interessierten, und, wie ich in meiner Arbeit erklärt habe, vom praktischen Standpunkte brauchte es noch viel Vervollkommnung und Studium. Da die Haarsplitter ein wenig dem Zufall nach auf die skarifizierte Favusnarbe ausgesät wurden, so gelangen auf der einen Seite der Narbe einige Teile zum Wurzeln und Treiben, während auf der anderen Seite sie sich vollkommen ablösen, manchmal muß man sogar zum Gelingen zwei- bis dreimal die Aussaat vornehmen. Aber was mir am meisten am Herzen lag, war, wie schon

Digitized by Google

gesagt, die histologische Demonstration der Neubildung eines Follikels um einen eingepflanzten Haarsplitter herum, die die Verlängerung des eingepflanzten Haarteils und eine Haarwurzel mit voller Zwiebel und das Wachstum dieses eingewurzelten Haarsplitters wie das eines natürlichen Haares hervorruft. Und es genügt der histologische Nachweis eines einzigen neuen Follikels um einen eingepflanzten, eingewurzelten und wachsenden Haarsplitter, diese merkwürdige wissenschaftliche Tatsache, die zuerst von mir mikroskopisch nachgewiesen wurde, zu beweisen.

Nachwort des Herausgebers.

Da die vor 16 Jahren erschienene Originalarbeit von Hodara über die Einpflanzung von Haaren auf Favusnarben wohl vielen Lesern nicht bekannt ist, und da dieselbe, anstatt sorgfältig nachgearbeitet, nur mit aprioristischen Gründen bekämpft und lächerlich gemacht ist, möchte ich nicht unterlassen, mitzuteilen, daß ich das Exzisionsmaterial von Hodara seinerzeit geprüft und seine Mitteilungen darüber vollkommen richtig gefunden habe.

Natürlich denkt Hodara so wenig daran wie einer seiner Kritiker, daß ein Schnitzel des Haarschaftes eine Brut junger Epithelien erzeugen könne, etwa wie der Ast einer Weide, den man absägt und in die Erde steckt, aus seinem Reservematerial Wurzeln und Knospen treibt. Das scheinen aber die meisten Kritiker für Hodaras Meinung zu halten.

Hodara hat vielmehr durch mühevolle und mit großer Konsequenz durchgeführte Versuche gezeigt, daß um einen in skarifizierte Haut eingesetzten Haarschnitzel sich von der Oberhaut her Stachelschicht in die Tiefe senkt und, dasselbe umwachsend, ein Haarbeet bildet, welches hier und da zur Bildung eines Haares in Fortsetzung des implantierten Haarschnitzels Anlaß gibt. Für Hodara ist der harte, stielrunde Fremdkörper eines Haarschnitzels eben der adäquate Reiz, welcher die Haarproduktion anregt.

Gegen eine solche Deutung der experimentellen Tatsachen, die Hodara gefunden hat, kann nur der etwas a priori einwenden, der in dem alten Dogma befangen ist, daß zum Wachstum der Oberhaut in Haarform notwendig eine Papille gehört, und daß die Wuchsform, die am größten Teile des Nagelbettes herrscht, nämlich direkt aus der Stachelschicht heraus, beim Haar ausgeschlossen ist; oder mit anderen Worten, daß ein Beethaar nicht — wegen Papillenmangel — aus dem Haarbeet heraus selbständig wachsen könne.

Ich hingegen bin der Ansicht, daß die positiven Resultate von Hodara die Anregung geben sollten, die Haarbildung um haarartige und haarähnliche implantierte Fremdkörper auf der breiten Basis des Tierversuches wieder aufzunehmen. U.

Digitized by Google

Die Sauerstoffmittel in der Dermatologie.

Von

P. G. Unna.

(Schluß.)

II. Sauerstoffseifen.

Wie es vor einigen Jahren gelang, das Kalipermanganat durch Überführung in eine haltbare Paste dem dermatologischen Arzneischatze dienstbar zu machen, so ist es schon 1898, bald nach Darstellung des Natronsuperoxyds im großen zu technischen Zwecken, gelungen, auch diesen unbändigen Gesellen zu zähmen und therapeutisch in eine handliche Form zu bringen.

Die Entbindung des Sauerstoffs aus dieser Substanz geht bekanntlich bei Gegenwart von Wasser so stürmisch vor sich, daß wäßrige Lösungen therapeutisch nicht in Frage kommen. Glyzerin mit Na_2O_2 im Mörser verrieben, verbrennt explosionsartig unter Feuererscheinung. Fette werden durch Na_2O_2 sofort verseift und oxydiert. Es verbleiben mithin unter den in Betracht kommenden Vehikeln nur unverseifbare Kohlenwasserstoffe und bereits verseifte Fette, d. i. Seifen, und zwar nur, nach Entfernung des Wassers, in völlig ausgetrocknetem Zustand. Eine derartige Mischung von 7 Teilen Sapo medicatus exsiccatus und 3 Teilen Paraffinum liquidum habe ich 1899 als Grundlage der Natronsuperoxydseife[1]) in die dermatologische Praxis eingeführt.

Dieselbe hat die Form einer Salbenseife, cremeartige Konsistenz und ist in 4 Stärken ($2^1/_2$, 5, 10 und 20%) vorrätig. In den verflossenen $1^1/_2$ Dezennien hat sie sich besonders bei Akne und Rosacea pustulosa ein großes Anwendungsgebiet erobert, aber mit der Zeit auch allerlei Modifikationen erlitten. Wie ganz im allgemeinen die Stückseifen sich — aus Bequemlichkeitsgründen — größerer Beliebtheit erfreuen als die entsprechenden Salbenseifen und flüssigen Seifen, so hat auch in den letzten Jahren die Natronsuperoxydstückseife — unter dem Namen: Pernatrol-Stückseife — der früher allein gebrauchten salbenartigen Sauerstoffseife eine merkliche Konkurrenz gemacht. Sie wird aus dieser einfach durch Kompression gewonnen und teilt mit ihr den Vorzug, bei trockener Aufbewahrung ihren Sauerstoffgehalt ziemlich unbegrenzt zu bewahren und nur in Berührung mit Wasser abzugeben.

Zu dieser Form der Stückseife ist nun noch eine dritte hinzugekommen, die des Sauerstoffstiftes, ebenfalls durch Kompression aus

[1]) Mh. f. pr. Derm., Bd. 29, S. 167.

Digitized by Google

derselben Masse hergestellt. Diese Stifte sind für die Behandlung ganz umschriebener Stellen, z. B. einzelner Pigmentflecke und Nävi, wie die Verruca dorsi manus älterer Personen, praktischer und handlicher als die Stückseife.

Alle drei Formen der Sauerstoffseife haben dieselben Indikationen, die mithin gemeinsam besprochen werden können. Es sind zunächst die schon bekannten der Sauerstoff-Salbenseife: Akne, umschriebene kallöse Ekzeme, seborrhoische und senile Warzen und weiter alle umschriebenen Hyperkeratosen und dunklen Hornfärbungen, dann die Aufhellung von dunklem Frauenbart, die Punktation (Schwärzung der Follikelmündungen) der Nase usf.

Die bequemere Applikationsweise der Stückseifen bringt es aber mit sich, daß die Sauerstoffseifen in letzter Zeit auch bei vielen universellen Para- und Hyperkeratosen sich praktisch eingebürgert haben, und zwar in Verbindung mit Bädern und Waschungen, so bei Psoriasis und psoriasiformen Ekzemen, bei pruriginösen Ekzemen und allen Lichenformen, bei Pruritus senilis, Ichthyosis und endlich auch bei Follikulitiden und Furunkulose. Die Sauerstoffseife ergänzt bei vielen dieser Dermatosen die Wirkung der dabei üblichen reduzierenden Medikamente (Ichthyol, Resorzin, Pyrogallol, Chrysarobin), indem sie die durch die letzteren allmählich herbeigeführte künstliche Hyperkeratose, welche ihre eigene Wirkung auf die Stachelschicht allmählich abschwächt, beseitigt und die Haut für die volle Reduktionswirkung wieder empfänglicher macht. Man schiebt zu diesem Zweck nach 2—3 Tagen ein Vollbad mit Sauerstoffseifenwaschung der behandelten Hautregionen ein.

Die Wirkung aller Sauerstoffseifen ist ihrer Zusammensetzung nach eine doppelte, eine Alkaliwirkung des Natrons und eine Sauerstoffwirkung. Beide kombinieren sich bei den genannten Affektionen in verschiedener Weise, und die Gesamtwirkung ist in allen Fällen eine stärkere und kompliziertere als die einer einfachen Natronseife. Auf die Hornschicht wirken beide quellend; während des Verschäumens der Seife wirkt zunächst hauptsächlich der Sauerstoff, später und nachhaltiger das Natron, und zwar solange die Durchfeuchtung der Hornschicht anhält. So weit dieser Einfluß in die Tiefe dringt — und er dringt um so tiefer ein, je längere Zeit die Haut eingeschäumt wird —, so weit stößt sich die Hornschicht nachher als Schuppe ab. Diese schälende Wirkung der Sauerstoffseifen hat bei vielen Affektionen denselben günstigen Einfluß wie die Schälung mittels Kaliseifengeists, Schmierseife und Salbenseifen (Sapo unguinosus), so bei Akne, Rosacea pustulosa, Furunkulose, Sykosis, Follikulitiden usw., und bei diesen bakteriellen Infektionen wirkt offenbar der Sauerstoff in statu nascendi gleichzeitig noch desinfektorisch. Einen mehr spezifischen

Digitized by Google

Einfluß jedoch hat die Schälung mittels Sauerstoffseife bei jenen Hyperkeratosen, die sich durch Trockenheit auch der tieferen Hornschichten und dunkle Verfärbung der Hornschicht auszeichnen, bei den kallösen Ekzemen der Ellen- und Kniebeugen, senilen Warzen, harten Warzen, Komedonen, Punktationen, Ichthyosis, harten Nävi. Hier, wo es keinen Fettüberschuß zu verseifen gibt wie bei den follikulären Infektionen, tritt die Seifenwirkung als solche zurück hinter der aufhellenden und depigmentierenden Wirkung des Sauerstoffs. Daher ist die Sauerstoffseife bei den letztgenannten Affektionen besonders indiziert und hat hier einen entschiedenen Vorzug vor den Schmier- und Salbenseifen.

Die Erfahrung der letzten Jahre hat nun gelehrt, daß die Sauerstoffwirkung der Natronsuperoxydseife auch auf einem ganz anderen Gebiete ausgenutzt werden kann, das mit den bisher besprochenen Indikationen nicht das geringste zu tun hat. Jeder Arzt kennt die ominösen, fächerförmig von den äußeren Augenwinkeln nach außen strahlenden feinen Falten der Haut, die man „Krähenfüße" nennt. Sie bilden die Sorge vieler Damen, da sie unleugbar ein weithin sichtbares Zeichen des beginnenden Alters sind. Hier ist weder eine verdickte Hornschicht zu erweichen, noch ein Fett zu verseifen; es handelt sich im Gegenteil um eine normale Oberhaut, die im Überschuß vorhanden und daher gefältelt erscheint, da das ohnehin spärliche subkutane Fett vollkommen geschwunden ist und die Kutis der Altersatrophie anheimfällt. Dieser Prozeß kann nun durch den kontinuierlichen Gebrauch der Pernatrolseife aufgehalten und unter Umständen vollständig aufgehoben werden. Die nicht verdickte Hornschicht läßt die Kali- und die Sauerstoffwirkung in größere Tiefe eindringen, und Zirkulation und Saftgehalt der Kutis werden beschleunigt und vermehrt; das Mißverhältnis zwischen ihr und der Oberhaut wird aufgehoben. Dadurch wird die Faltenbildung ausgeglichen, und die Haut um die Augen erhält ein frischeres und jüngeres Aussehen, wozu noch die gleichzeitige Depigmentierung der oberen Hautschichten beiträgt. Es konnte natürlich nicht ausbleiben, daß die Applikation der Sauerstoffseife in manchen Fällen auch auf die Augenlider ausgedehnt wurde, wo auf diesen sich die ersten Altersfalten zeigten, und es ergab sich, daß sie auch hier gut vertragen wurde und denselben günstigen und verjüngenden Einfluß hatte. Für so umschriebene Hautpartien, wie Augenwinkel und Lider, paßt natürlich nicht die Stückseife, sondern entweder der Seifenstift oder die Salbenseife, von der ein wenig mit dem Finger verschäumt wird. Die Anwendung geschieht am besten abends vor dem Schlafengehen. Man hört auf, sowie das erste Brennen gespürt wird, wäscht die Seife ab und appliziert nach dem Trocknen für die Nacht etwas Gelantcreme. Der leichte Druck dieses wasserlöslichen Firnisses

Digitized by Google

beseitigt während der Nacht die Reizung der Haut, so daß die Prozedur Abend für Abend ohne Pause fortgesetzt werden kann. Der günstige Effekt ist regelmäßig sehr bald zu spüren.

Ein ebenso einfaches und sicheres Mittel anderer Art für diese unbedeutende, aber den Betreffenden doch sehr lästige Erscheinung ist mir nicht bekannt; wohl aber, daß dafür von Laien häufig ein Massieren der Haut empfohlen wird. Ich habe vom Massieren mit Ausnahme der Vibrationsmassage nur gegenteilige Folgen gesehen, nämlich eine Verstärstärkung des Mißverhältnisses zwischen zu weiter Oberhaut und schrumpfender Kutis, d. h. eine Verschlimmerung des Übels, weshalb die so Behandelten sich eben nach längerem Gebrauch der Massage an mich wandten. Ich kann mithin die gewöhnliche Massage dafür durchaus nicht empfehlen.

Grenzt diese Affektion schon an das Gebiet der Kosmetik, so gibt es andrerseits zwei sehr ernste Affektionen, bei welchen der dauernde Gebrauch der Sauerstoffseife aus ähnlichen Gründen vorteilhaft wirkt, die Röntgenverbrennung und das Xeroderma pigmentosum.

Daß die reduzierende Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut am besten durch ein Zusammenwirken von hornerweichenden und oxydierenden Mitteln aufgehoben wird und diese Kombination sich daher zur Behandlung der chronischen Röntgen-Dermatitis der Radiologen am meisten empfiehlt, habe ich in einer Arbeit in den „Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“ [1]) vor einigen Jahren mitgeteilt. Sie hat sich seither an einem weit größeren Material von zum Teil schweren Fällen bewährt. In jener Arbeit wurde nur die damals allein existierende cremeartige, $2^1/_2$—5—10 % ige Natronsuperoxyd-Salbenseife zum Einschäumen und zu Bädern empfohlen. Jetzt verwende ich zu demselben Zwecke meistens die Stückseife. Sowohl für die Rarefaktion und Atrophie des kollagenen Gewebes der Kutis bei der Röntgenhaut wie für die gleichzeitige übermäßige Verhornung der Oberhaut ist die Zuführung einerseits von Alkali und Wasser, andrerseits von freiem Sauerstoff das gegebene Heilmittel, gleichsam eine Notwendigkeit. Ihren Wert erkennt jeder Patient beim erstmaligen Gebrauche, und es ist auch kaum denkbar, diese beiden Hauptmittel bei der Therapie der Röntgendermatitis in einer noch kompendiöseren Form zusammen zu verordnen. Halbstündige Handbäder mit der Sauerstoffseife werden ein- oder zweimal täglich gegeben und danach die (oxydierende) Hebrasche Salbe zum Einfetten gebraucht. An Stelle der letzteren sind in den letzten Jahren zwei angenehmere Salbenformen getreten, die beide das ebenfalls oxydierende Eucerinfett

[1]) 1904, Bd. 8, S 67.

Digitized by Google

enthalten. Bei Nacht empfiehlt sich eine Einreibung mit Euceringlyzerin [1]) und Handschuhbedeckung, bei Tage eine öftere Einreibung mit Eucerincoldcream [2]) und einfaches Abwischen der Haut.

Für die umschriebenen Hyperkeratosen der Röntgenhaut, die in Gestalt von Schwielen, Rhagaden, Hornschuppen, Hornkegeln und warzenartigen Protuberanzen den Patienten viel zu schaffen machen, ist das Bestreichen mit dem Sauerstoffstift nach jedem Waschen anzuraten. Man taucht denselben mit einem Ende in Wasser und erzeugt auf der betreffenden Hautstelle mit dem feuchten Ende durch Reiben einen dicken Schaum, den man dann einfach eintrocknen läßt. Beim nächsten Waschen erweicht dann die oberste Hornschicht und schuppt sich ab.

Die mit Angiektasien bedeckten, kreideweißen Stellen der Haut beim Xeroderma pigmentosum gleichen ganz den analogen Partien der Röntgenhaut und sind ja auch durch eine ganz analoge Reduktionswirkung des Sonnenlichtes erzeugt. Sie erfordern ganz dieselbe Behandlung mit Sauerstoffseife, nur etwas modifiziert bei Behandlung der Gesichtshaut, deren geringere Hornschichtdicke und größere Vulnerabilität eine kürzer dauernde Behandlung mit Seife vor der Einfettung mit Eucerin-Coldcream nötig macht. Selbstverständlich wirkt die Sauerstoffseife auch ebenso günstig auf die Pigmentationen und Warzen, die das Bild des Xeroderma pigmentosum vervollständigen, genug auf den ganzen Symptomenkomplex. Stets muß bei ihrer Anwendung der durch sie bedingten Entfettung Rechnung getragen werden, was durch die unmittelbar auf die Seifenanwendung folgende Applikation von Eucerin-Coldcream oder Euceringlyzerin am besten geschieht.

Die günstigen Erfahrungen bei diesen schweren Hautatrophien haben in letzter Zeit auch dazu geführt, gewisse Affektionen mit Sauerstoffseife zu behandeln, an deren Beeinflussung man früher nicht gedacht hat, nämlich die strichförmigen Sklerodermien (Morphaea der Engländer) und die angeborene Atrophie der Kopfhaut von Neugeborenen und älteren Kindern.

Von ersterer Affektion liegen mir zwei günstige Fälle vor. In beiden handelte es sich um junge Mädchen, die seit einigen Jahren von der rechten Supraorbitalgegend bis zum Scheitel hinauf eine sich immer mehr vertiefende und haarlos gewordene Furche aufwiesen. In einem Falle war dieselbe violett verfärbt durch Erweiterung der tiefen Hautgefäße. An Stelle der Furchen fehlte der Pannikulus, und die pergamentartig harte Haut lag dem Knochen fest und wenig verschieblich auf. Subjektive Symptome fehlten; nur die Entstellung führte die Betreffenden

[1]) Unna und P. Unna jun., Ungt. Glycerini. Med. Klin. 1911, Nr. 3. — [2]) Unna, Eucerin-Coldcream als Waschmittel. Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 50, S. 168.

Digitized by Google

zum Arzt. Die Behandlung bestand darin, daß jeden Abend die Haut entlang der strichförmigen Furche mit dem Natronsuperoxydseifenstift dick eingeschäumt und der Schaum 5 Minuten lang unter öfterer Neuanfeuchtung verrieben wurde. Zum Schluß wurde, um das Sprödewerden zu verhindern, die eingeriebene Stelle mit etwas Gelantcreme bedeckt. Ich hatte die Behandlung im ersten Falle ohne sonderliche eigene Hoffnung mehr als Trostmittel verordnet und war überrascht, schon nach vier Wochen einen wesentlich veränderten Status wiederzufinden. Die Furche war flacher geworden und scheinbar auch schmäler, was auf stärkeres Wachstum der angrenzenden blonden, vorher atrophischen Haare zu schieben war. Die Haut an Stelle der Furche war weicher und verschieblicher. Ich sah diese Patientin noch einige Male und konstatierte fortdauernde Besserung, so daß schließlich schon ein geübter Blick dazu gehörte, die ganz seicht gewordene Furche auf der Stirn zu verfolgen.

Den zweiten, schwereren Fall ließ ich ebenso behandeln. Obwohl hier die Haare hellbräunlich waren und unter der Behandlung um den Strich herum sich natürlich entfärbten, wurde die Therapie doch mit großer Konsequenz fortgeführt und hatte, wenn auch erst nach mehreren Monaten, einen deutlichen Erfolg: die dunkle Farbe der Furche hellte sich auf, sie wurde seichter, weniger scharf gerändert; die Haut an Stelle derselben wurde verschieblicher und gewann wieder etwas Fettpolster. Eine Reise der Patientin verhinderte die Beobachtung des schließlichen Endresultates.

Diese Fälle ermutigten mich, bei einem 7jährigen kleinen Mädchen mit auffallend langen, weißblonden Haaren den Versuch zu machen, eine angeborene Kutisatrophie an der linken Schläfenseite günstig zu beeinflussen. Hier war in der Größe etwa eines Fünfmarkstückes eine haarlose Stelle, an der die Haut dünn wie Seidenpapier aussah, mit blau und rot durchscheinenden Venen. Der Mutter erklärte ich die Behandlung mit einiger Besorgnis, da ich fürchtete, daß die atrophische Hautstelle die Na_2O_2-Seife nicht vertragen werde. Aber diese Besorgnis war unbegründet; die Mutter teilte mir nach einigen Wochen mit, daß eine entschiedene Besserung eingetreten sei. In der Tat sah man, daß vom unteren Rande her die Haut undurchsichtig und gelblich wurde, indem sich daselbst ein neuer Pannikulus bildete. Auf diese Weise wurde allmählich der Bezirk der Hautatrophie immer mehr eingeengt und ist z. Zt. bis auf ein Drittel der ursprünglichen Größe verkleinert. Haarbälge und Haare werden wohl kaum auf dem wiedergewonnenen Terrain sich bilden, wie auch die vollkommene Restitution der Kutis noch zweifelhaft ist; doch steht der Fall noch in Beobachtung. Über die günstige Einwirkung der Sauerstoffmittel auf degenerierte und atrophische Kutisveränderungen besteht aber nach diesen Beobachtungen wohl kein Zweifel.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. Tuberkulose.

Klinische, morphologische und experimentelle Untersuchungen über örtliche, durch örtliche Injektion bewirkte Tuberkulinreaktionen bei Hauttuberkulose, von F. J. Rosenbach-Göttingen. (Zschr. f. Hyg., B. 74, H. 3.) Mitteilung der Resultate von neun Reaktionen (vier mit Alttuberkulin, fünf mit Tuberkulin Rosenbach) mit zahlreichen photographischen Tafeln. Es besteht sowohl bei den ersteren, wie bei den letzteren völlige Übereinstimmung der Resultate untereinander; dagegen ließen sich zwischen beiden Gruppen sehr wesentliche von der Dosierung und individuellen Toleranz unabhängige Unterschiede feststellen, die die Annahme bestätigen, daß die im Tuberkulin Rosenbach wirksamen Körper biochemisch spezifischer Art sind.

Die durch die Injektion ausgelösten Allgemeinerscheinungen sind in beiden Fällen ungefähr die gleichen: schlechtes Befinden, Bettlägrigkeit, Appetitlosigkeit, Kopfweh, Fieber, eventuell Erbrechen. Örtlich findet sich bei Alttuberkulin verbreitete Schwellung, Muskelreizung in der weiteren Nachbarschaft des tuberkulösen Herdes, keine Veränderung des letzteren selbst. Bei Tuberkulin Rosenbach dagegen beschränkt sich die Reaktion auf den Krankheitsherd (Schwellung) und dessen nächste Umgebung (Phlegmone). Mikroskopisch zeigt das lupöse Gewebe nach Alttuberkulin keine Veränderung. Das Gewebe unterhalb des Herdes bietet die Zeichen einer intensiven entzündlichen Reizung mit Auftreten zahlreicher polymorphkerniger Leukozyten. Nach Tuberkulin Rosenbach dagegen zeigt der ganze lupöse Herd seröse Imbibition. Er erweicht mehr und mehr und bildet sich bei Fortsetzung der Injektionen bis auf einen bestimmten Rest zurück. In der nächsten Nachbarschaft des Herdes finden sich Reaktionserscheinungen in Form einer intensiven, nicht eitrigen Entzündung. Valentiner-Leipzig.

Tierexperimentelle Untersuchungen über den Nachweis von Tuberkelbazillen bei Tuberkulose der Haut, besonders des Gesichts, von Karl Stern. (D. m. W., 1913, Nr. 42.) Verfasser versteht unter „Tuberkulose der Haut" diejenigen geschwürigen Prozesse, die wir in Form schwammigen Gewebes oft mit Fisteln der Haut vergesellschaftet bei Kindern so häufig sehen. Im Sekret dieser lupösen Geschwüre des Gesichts gelang es ihm durch Tierexperiment unter 16 Fällen elfmal (68%) voll virulente Bazillen nachzuweisen. Für die Gesundheitspflege ergibt sich daraus, daß wegen der Übertragungsgefahr eine strenge Isolierung der Lupuskranken gefordert werden muß.

Georg Heymann-Elbing.

Psychologische Beobachtungen bei der subkutanen Tuberkulindiagnostik, von R. Fels-Lennep. (Zschr. f. Tbc., Bd. 20, H. 1.) Mitteilung einer Anzahl psychologischer Beobachtungen an zirka 400 diagnostisch mit Alttuberkulin subkutan geimpften weiblichen Patienten zu dem Zweck, anzuregen, daß auch die Lungenspezialisten der Psyche ihrer Kranken etwas mehr Rechnung tragen sollen. Fischer-Dresden.

Die kutane Diagnostik und das Eisentuberkulin, von M. Schuhmacher-M.-Gladbach. (Zschr. f. Tbc., Bd. 20, H. 1.) Im Eisentuberkulin, einem Eisenfällungsprodukt von Tuberkelbazillensubstanzen, glaubte man ein brauchbares Mittel zu haben, das aktive und inaktive Tuberkulose zu unterscheiden imstande wäre und zwar bei kutaner Anwendung. Verfasser hat sich eingehend mit dem Eisentuberkulin B beschäftigt und kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgender Ansicht: „Ob die

Digitized by Google

Verwendung des Eisentuberkulins einen Fortschritt bedeutet, ob es in der Tat ein brauchbares Mittel ist, die Intensität einer tuberkulösen Erkrankung festzustellen, ist sehr zweifelhaft. Es ist überhaupt nicht wahrscheinlich, daß eine spezifische Reaktion dies leisten kann." Fischer-Dresden.

Weiterer Beitrag (Anleitung) zur Behandlung der Haut- und chirurgischen Tuberkulose mit Lekutyl (Lezithinkupfer), von A. Strauss-Barmen. (M. Kl., 1914, Nr. 2.) Nachdem der Beweis erbracht ist, daß das Kupfer an das Protoplasma der Tuberkelbazillen gekettet wird, diese abtötet, ohne den Organismus zu schädigen, glaubt Strauss in einer Verbindung von Lezithin- und Kupfersalzen — dem Lekutyl — ein neues wirksames Mittel zur Bekämpfung der endogenen Natur der äußeren Tuberkulose gefunden zu haben. Seine Behandlung der äußeren Tuberkulose besteht aus einer örtlichen und einer allgemeinen. Örtlich verwendet er eine Salbe von zimtsaurem Kupfer mit Lezithin, deren Kupfergehalt $1^1/_2$% beträgt, und der zur Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit 10% Zykloform zugesetzt sind. Diese Salbe wird auf die kranken Stellen aufgestrichen und mit einem gut deckenden Mullverband belegt; sie führt zu einer elektiven Zerstörung der Krankenherde, meist schon in den ersten drei Tagen, worauf dann zur Vernarbung Scharlachrotsalbe oder 5%ige Protargolsalbe verwendet wird. Die eventuell zurückgebliebenen Reste von den Krankheitsherden werden von neuem mit Lekutylsalbe behandelt, und so fort, bis alle Infiltrate verschwunden sind. Bei sehr großen, erkrankten Flächen geht man am besten schrittweise vor und bei großer Schmerzhaftigkeit pulvert man vor jedem neuen Verbande reines Zykloform auf diese Stellen. Die Allgemeinbehandlung besteht 1. in einer innern Verabreichung von Lekutyl in Pillen, deren jede 0,005 g Kupfer enthält, dreimal täglich 1—2 Stück nach den Mahlzeiten. Gleichzeitig läßt Strauss mit derselben Lekutylsalbe eine Schmierkur machen, wie mit Hg, nämlich: täglich 3—6 g Salbe 15—20 Minuten lang in die Haut verreiben und dann zu schnellerer Resorption energisch mit Kampferspiritus nachreiben, bis die grüne Farbe verschwunden, d. h. alles Kupfer in die Haut aufgenommen ist. Diese Behandlungsart führt klinisch schneller und sicherer zum Ziel, ist aber auch ambulant gut durchführbar. Daß die übrigen hygienisch diätetischen Maßnahmen: Luft, Licht, Sonne nicht zu entbehren sind, ist selbstverständlich. Im übrigen sind die Erfolge der Methode, die der Verfasser durch Abbildungen und beigefügte Krankengeschichte illustriert, von mehr als 30 Seiten bestätigt. Lasch-Breslau.

Durch rituelle Zirkumzision erworbene Tuberkulose, von L. Emmett Holt-New York. (J. Am. m. Assoc., 12. Juli 1913). Ein Kind von drei Monaten zeigte ein ausgedehntes Geschwür am Penis. Es war gesund zur Welt gekommen und acht Tage nach seiner Geburt wurde die rituelle Zirkumzision vorgenommen, wobei wie üblich das Blut von dem Operateur mit dem Munde angezogen wurde. Die Wunde heilte nicht, Eiterung trat hinzu und Geschwürsbildung folgte. Über den Körper zerstreut fanden sich 15—20 varizellenähnliche Gebilde; am Rande waren sie bläschenförmig, in der Mitte krustös; Milz und Leber waren stark vergrößert, die Inguinallymphdrüsen beträchtlich angeschwollen. Die Tuberkulinhautreaktion fiel stark positiv aus; Tuberkelbazillen wurden in dem Geschwür des Penis, im Sputum und in den Hauteruptionen gefunden. Sechzehn Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus starb das Kind an Miliartuberkulose.

Verfasser hat in der Literatur 40 Fälle von tuberkulöser Infektion durch die rituelle Zirkumzision gefunden, über die er auszugsweise berichtet; 16 hiervon sind gestorben; von 12 ist das weitere Schicksal nicht bekannt; sieben haben sich teilweise erholt; nur sechs wurden wieder völlig hergestellt. Bei einem großen Teil der Fälle wurde zuerst die Diagnose Syphilis gestellt und die Patienten dementsprechend, natürlich ohne Erfolg, unter Verlust kostbarer Zeit behandelt. Die richtige Diagnose ist unter

Digitized by Google

Anwendung der modernen Hilfsmittel nicht schwer. Verfassers Meinung ist, daß die Ärzte verpflichtet sind, gegen die Ausführung der rituellen Zirkumzision in der üblichen Art Einspruch zu erheben. Fendt-Wiesbaden.

Über das Vorkommen von Geflügeltuberkulose beim Menschen, von Ernst Loewenstein-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 20.) Genaue kulturelle Untersuchungen in einzelnen Fällen von Tuberkulose haben ergeben, daß der Tuberkelbazillusstamm zur Hühnertuberkulose zu rechnen ist. Verfasser glaubt, daß das Vorkommen der Geflügeltuberkulose beim Menschen häufiger ist, als man bisher angenommen hat, und daß man daher bei allen Krankheitsfällen, bei welchen man säurefeste Bazillen findet, die für Meerschweinchen aber nicht pathogen sind, noch Übertragungsversuche auf Kaninchen und Hühner und Reinkulturversuch machen sollte. Auch die Hautimpfung ist differentialdiagnostisch zu verwenden, da solche Patienten auf humanes Tuberkulin gar nicht, auf Geflügeltuberkulin sehr heftig reagieren.

In zwei Fällen von kindlicher Nierentuberkulose dieser Art ähnelte der Verlauf außerordentlich einer gutartigen Septikämie; die Behandlung mit Geflügeltuberkulin hat erreicht, daß beide Fälle seit einem Jahr völlig symptomlos sind.

W. Lehmann-Stettin.

Über Zahnfleischtuberkulose, von Fr. H. v. Tappeiner-Greifswald (1 Abbildung). (D. Zschr. f. Chir., 1913, Bd. 122, H. 3—4.) Verfasser berichtet über den überaus seltenen Fall einer Zahnfleischtuberkulose eines sechzehnjährigen jungen Mannes. Die Erkrankung reichte vom rechten Eckzahn bis über den linken hinaus und betraf die Vorderseite des Alveolarfortsatzes. Das Zahnfleisch stark aufgelockert, gewulstet und überragte das Niveau der umgebenden gesunden Schleimhaut. Sehr leicht blutende Granulationen, die sich mit wulstigen Wucherungen zwischen die einzelnen Zähne fortsetzten; die Schleimhaut fehlt in der erkrankten hochrotgefärbten Partie vollkommen

Durch eine Probeexzision wurde die Vermutungsdiagnose, daß es sich um Tuberkulose handelt, bestätigt. Es fanden sich typische Tuberkelknötchen mit zahlreichen Riesenzellen. Chrzelitzer-Posen.

Erfahrungen mit der Röntgenbestrahlung der Lymphdrüsentuberkulose, von O. H. Petersen-Kiel. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) Verwendung hochgefilterter Strahlen, d. h. solcher, die 3 mm Aluminiumfilter passiert haben, nur bei kleineren Drüsen werden 1—2 mm Aluminiumfilter benutzt. Als Einzeldosis wird die halbe Maximaldosis gegeben, Wiederholung alle vier Wochen. Bei größeren Drüsenpaketen wird im Kreuzfeuer bestrahlt.

Die Resultate sind durchaus gute, zum Teil glänzende. Manchmal ließ sich bei Patienten, die anfangs mit geringem Erfolge bestrahlt wurden und sich der Behandlung entzogen, bei einer späteren Untersuchung eine wesentliche Besserung feststellen. Es hatte also offenbar eine Nachwirkung der Röntgenstrahlen stattgefunden. Allerdings muß die genauere Erklärung dieser Tatsache einer späteren Untersuchung anheim gestellt werden. Vorher kann man noch nicht mit aller Bestimmtheit behaupten, daß es sich um eine Spätwirkung der Strahlen handelt, oder daß man es nicht vielmehr mit einer Umwandlung des Granulationsgewebes in derbere Narben zu tun hat.

Was die Gefahren und Nachteile anlangt, so können Hautschädigungen vermieden werden. Nicht dagegen sind zuweilen Reaktionen mehr allgemeiner Natur zu verhindern, die man mit dem Ausdruck Röntgenkater bezeichnet. Die Patienten bekommen Übelkeit, Erbrechen mit starker Alteration des Allgemeinbefindens. Man muß dann mit der Dosis etwas herunter gehen, wenn die Patienten zu sehr hierunter leiden. Die Bestrahlung hat vor der Operation einmal den Vorzug des besseren kosmetischen Resultates und

Digitized by Google

andererseits stellt sie auch die radikalere Behandlungsmethode dar, weil auch die kleinen, nicht fühlbaren Drüsen dabei getroffen werden.

Von 39 Fällen wurden 18 geheilt, die übrigen, wesentlich gebessert, befinden sich zum Teil noch in Behandlung. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Umwandlung der Tuberculosis verrucosa in Lupus vulgaris und umgekehrt Umwandlung eines Lupus vulgaris in Tuberculosis verrucosa, von H. Gougerot. (J. des pratic., 1913, Nr. 25.) In den beiden ersten hier mitgeteilten Fällen traten in der Narbe einer mit Ignipunktur behandelten Tuberculosis verrucosa richtige Lupusknötchen auf. Im 3. und 4. Falle handelte es sich um Tuberculosis verrucosa am Fuße, die mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. In dem einen dieser Fälle, der eine Lokalisation an der Planta pedis aufwies, ging die Läsion zurück und wurde zu einem Lupus vulgaris. Eine neue Röntgenapplikation verursachte aber eine schmerzhafte Röntgenulzeration, die erst nach Monaten mit heißer Luft bei 700—800° zugleich mit dem Lupus geheilt wurde. Der letzte Fall hatte einen ganz ähnlichen Verlauf. Der entstehende Lupus konnte erst nach sehr langer Zeit mit heißer Luft geheilt werden.

In einem anderen Falle — Lupus der Nase — wurde mit Röntgentherapie der Haut und Galvanokaustik der Schleimhaut in zwei Jahren eine beinahe vollständige Heilung erzielt. Es traten aber mehrere Rezidive auf, die einer Finsentherapie unterzogen wurden. Es blieben aber immer einige Knötchen zurück. Allmählich verdickte sich die kranke Stelle und wurde zu einer papillomatösen Tuberculosis verrucosa. Mit Röntgentherapie wurde dann eine schnelle Heilung erwirkt. Man sieht, daß die letztere Umwandlung entschieden dem Lupus eine günstigere Prognose gibt als der umgekehrte Fall.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Wassermannsche Reaktion bei Tuberkulösen, von Letulle, Bergeron und Lépine. (Bull. méd., 1914, Nr. 32.) Bei 350 Tuberkulösen fand sich in 20% positiver Wassermann. Es war nicht immer zu eruieren, ob die syphilitische Infektion vor oder nach dem Beginn der Tuberkulose falle; doch scheint es sicher, daß die Tuberkulose, die auf dem Boden einer frischen Syphilis auftritt, besonders schwer verläuft.

Richard Frühwald-Leipzig.

Tuberkulide, von William P. Cunningham-New York. (M. Record, 24. Mai 1913.) Der Artikel, der nichts Neues berichtet, bespricht in erster Linie die Diagnose und Behandlung der Acne varioliformis, der Aknitis und Folliklis, die nach Verfasser histologisch identisch sind und nur in ihrer Lokalisation und Größe der einzelnen Erscheinungsformen differieren. W. Lehmann-Stettin.

Beitrag zum klinischen und histo-bakteriologischen Studium der Tuberkulide (Lupoide und papulonekrotische Tuberkulide), von Petrini de Galatz. (7. intern. Derm.-Kongr., Rom 1912.) Verfasser bringt die Krankengeschichten zweier Patientinnen; die eine litt an lupoiden Tuberkuliden des Gesichts und papulonekrotischen Tuberkuliden der Extremitäten, die andere an papulonekrotischen Tuberkuliden, die von einem skrofulösen Gumma der Nase gefolgt waren. Verfasser hebt mit Nachdruck hervor, daß er zwei Formen von Tuberkuliden unterscheide, die sich klinisch, histologisch und ätiologisch vollkommen different verhalten. Die eine seltenere Form, wird von den lupoiden Tuberkuliden dargestellt; bei seiner Kranken erschienen die Effloreszenzen erst subkutan, erhoben sich erst nach 10—14 Tagen über die Haut, waren blaßrot und wurden allmählich größer, derber und mehr bläulichrot. Auf Behandlung oder spontan wurden sie resorbiert; niemals kam es zur Pustulation und Krustenbildung. Auf Tuberkulin zeigten die Knötchen deutliche Lokalreaktion. Histologisch fand sich ausgesprochene tuberkulöse Struktur, ähnlich der des Lupus; in den Schnitten wurden zwar wenige, aber einwandfreie Tuberkelbazillen gefunden.

Digitized by Google

Die andere Form repräsentiert das papulonekrotische Tuberkulid. Dieses kommt stets zum Zerfall; das histologische Bild ähnelt oft dem von akneiformen Effloreszenzen, Follikulitiden usw. Tuberkelbazillen konnten nicht gefunden werden. Beide Formen haben ihren Ursprung in tuberkulösen Herden, die bald leicht, bald schwer nachweisbar sind (Drüsen usw.). Die lupoiden Formen sind aber durch die Bazillen selbst erzeugt, die papulonekrotischen sind Toxituberkulide. Richard Frühwald-Leipzig.

Radiotherapie der Tuberkulose, von Julius Hammersen. (Diss., Freiburg i. Br., 1913.) Die Arbeit bildet ein ausführliches systematisches, mit den notwendigen Literaturzitaten belegtes Sammelreferat über das Titelthema, das Verfasser in folgender Weise gegliedert hat: 1. Hauttuberkulose: Lupus vulgaris, Tuberculosis verrucosa cutis, Verruca necrogenica, der Leichentuberkel, Lupus pernio, Skrofuloderma, Lupus erythematosus. 2. Subkutan in geringer Tiefe gelegene tuberkulöse Prozesse: Drüsentuberkulose, Tuberkulose der kleinen Knochen, Gelenke und Sehnenscheiden. Kehlkopf-, Prostata-, Hoden-, Augentuberkulose. — Lungentuberkulose. — 3. In der Tiefe gelegene tuberkulöse Prozesse: Tuberkulose tiefgelegener Knochen und großer Gelenke. Peritonitis tuberculosa. Fritz Loeb-München.

Über die Behandlung der Hauttuberkulose, von J. Jadassohn-Bern. (M. Kl., 1913, Nr. 29.) Jadassohn betont zunächst die Wichtigkeit bei dieser ätiologisch so klaren, klinisch so proteusartig auftretenden Erkrankung, sich darüber klar zu werden, ob die vorliegende lokale Erscheinung der Ausdruck einer allgemeinen Tuberkulose oder nur ein einzelner lokalisierter Herd bei einem sonst gesunden Menschen ist; dazu sind alle unsere Kenntnisse und Untersuchungsmethoden auf das Gewissenhafteste heranzuziehen, weil sich unser ganzes therapeutisches Vorgehen danach richtet. Für die Behandlung der Hauttuberkulose — als Teilfaktor der allgemeinen Tuberkulose — kommen natürlich alle Mittel, die die Internisten, Chirurgen und Rhinologen usw. anzuwenden pflegen, ebenfalls in Betracht; von diesen Mitteln streift J. hier nur die As- (speziell die Salvarsan-) noch dann die Gold- und Kupfertherapie, deren Erfahrungen aber, nicht genügend fixiert sind, und geht nur auf zwei Methoden näher ein, nämlich die „Höhenbehandlung" und die Tuberkulintherapie.

Bei der Höhenbehandlung könnte es zufolge der kolossalen Pigmentierung, die durch die Sonnenbestrahlung zutage kommt, zweifelhaft sein, ob die Strahlen tief genug eindringen können, und der Verfasser glaubt, daß man noch nicht genügend Erfahrung darüber habe, ob die guten Erfolge der Höhentherapie bei tieferen tuberkulösen chirurgischen Erkrankungen auf eine direkte lokale Einwirkung der Bestrahlung oder auf die günstige Allgemeinwirkung der Höhenluft und die allgemeine Belichtung zurückzuführen sei, respektive wieweit lokale und allgemeine Lichtwirkung miteinander von Einfluß sind. Für den besonders torpiden und schlecht reagierenden Lupus ist die Frage noch weniger sicher zu beantworten als für die sekundären Formen der Hauttuberkulose — das Skrofuloderma — die sich unmittelbar an Knochen- und Drüsentuberkulose anschließen, und bei denen wie bei tuberkulösen Fisteln und dem Lichen scrofulosorum der günstige Einfluß der Sonnenstrahlen unbestreitbar ist.

Nach seinen reichen Erfahrungen über die Tuberkulinbehandlung der Hauttuberkulose glaubt J., der dem Alttuberkulin treu geblieben ist, hervorheben zu müssen die günstigen Erfolge einer sachgemäß durchgeführten Tuberkulinbehandlung, besonders bei den sogenannten Tuberkulidformen; darunter versteht er: Lichen scrofulosorum, Erythema induratum, papulonekrotische Tuberkulide und eventuell Lupus pernio, d. h. Formen, die überhaupt größere Heiltendenz haben als die meisten Lupus- respektive Skrofulodermafälle. Er behandelt auch diese letzteren Formen mit Tuberkulin und zwar wie die Internisten wesentlich mit reaktionsloser Kur, mit kleinen, ganz allmählich an-

Digitized by Google

steigenden Dosen, obwohl er bemerkt, daß er bessere Erfolge beim Lupus gesehen zu haben glaubt, als man vor heftigen Reaktionserscheinungen noch keine Angst hatte und in der Dosierung weniger zaghaft war. Die Beobachtung, daß ein Fall von mittelschwerer Lungentuberkulose und relativ leichtem Gesichtslupus für die Lungen mit ausgezeichnetem Erfolge, für den Lupus gar nicht reagierte, beweist, daß jedes Organ seine eigene Art hat auf die Tuberkelbazillen, respektive das Tuberkulin zu reagieren. J. hat in einzelnen Fällen gute Erfolge mit der lokalen Tuberkulinbehandlung — mit der Moroschen Tuberkulinsalbeneinreibung — bei Lupus gesehen.

Der zweite Teil der Arbeit: die spezielle Behandlung der Hauttuberkulose zerfällt, in drei Abschnitte: die chemischen, die chirurgischen, die physikalischen Methoden.

Die verschiedenen, früher allgemein üblichen Arzneimittel, die zumeist Ätzmittel waren, erwähnt Jadassohn kaum, ausgenommen das Jodoform bei Ulzerationen und Abszessen, das Sublimat, eventuell zur Nachbehandlung, und nur von dem Pyrogallol hält er sehr viel. (Methode: 10—20%ige Pyrogallolvaseline wird auf Lint auf die Stellen aufgelegt, auch nach Beginn der Ulzeration, bis die Schmerzen selbst bei Anwendung von Anästhesin unerträglich werden; dann entweder milde Salben [Borvaseline] oder feuchte Verbände oder dauernd Pyrogallol in $^1/_2$—1%iger Konzentration, so daß man Ätzperioden und Heilperioden bis zur völligen Überhäutung wechseln läßt; erfordert viel Geduld und stete Kontrolle des Urins und ist auf zu weit ausgedehnte Flächen nicht anwendbar; auch in Kombination oder als Vorbereitung für die Finsen- oder Röntgenbehandlung sehr geeignet; für einzelne kleine Stellen in folgender Form nach Borck: Resorzin, Pyrogallol aa 5,0, Talc. venet., Gelanth. aa 7,0). Nebenbei erwähnt der Verfasser noch die Unnasche grüne Salbe und As-Paste, worüber ihm aber die Erfahrungen fehlen.

Von chirurgischen Methoden ist nach dem Verfasser die Totalexstirpation des kranken Gewebes weit in das gesunde hinein, besonders da, wo kosmetische Rücksichten keine Rolle spielen, die Methode der Wahl; sie ist aber auch — speziell bei Männern — im Gesicht zu befürworten, da man meist glatte, feine Narben erzielt; auch bei ausgedehnten lupösen Stellen am Körper rät der Verfasser dazu, mit nachfolgender Deckung durch Transplantation. Nur wo der Lupus in der Nähe der Nasenhöhle, der Augen oder des Mundes oder an der Ohrmuschel sitzt, sind gute kosmetische Resultate schwer zu erzielen. Von dem Auskratzen und der Skarifikation rät Jadassohn ab, weil die Gefahr der Ausbreitung der Tuberkulose durch die geöffneten Gefäße sicher nicht ganz abzuleugnen ist.

Zu den physikalischen Methoden leiten die sich eng an die chirurgischen anlehnenden über, z. B. die galvanokaustische Zerstörung der Lupusknötchen oder die Pacquelinisierung, Holländersche Heißluftstauungsmethode, die aber teils keine schönen Narben liefern, teils in praxi schwer durchführbar sind, teils wenig zuverlässige Resultate haben.

Von den eigentlichen physikalischen Methoden, d. h. den aktinischen, ist es in erster Linie die Finsenlampe, deren Strahlen nicht durch Bazillentötung, sondern durch Erregung einer aktinischen Entzündung gut wirkt; dabei gibt es so feine Narbenbildungen, daß durch dieselben hindurch die Wirkung in die Tiefe fortdauert und schichtweise auch tiefer gelegener Lupus, allerdings erst nach langer Zeit und in vielen Sitzungen geheilt, werden kann. Über die Kromeyersche Quarzlampe gehen die Ansichten noch weit auseinander; Jadassohn selbst hat keine so guten Erfahrungen zu verzeichnen als mit der Finsenlampe. Die Röntgenbehandlung hat sich dem Verfasser besonders bei den mit Drüsen- und Knochentuberkulose zusammenhängenden Formen bewährt; er verwendet nie mehr starke Dosen, ist aber auch von der sehr häufigen Applikation kleiner

Digitized by Google

Dosen zurückgekommen; bei sorgfältiger Dosierung (Verfasser gibt 3—5 X und benutzt abwechselnd besonders bei tieferen Stellen harte und weiche Strahlen) ist die Röntgen-Behandlung eine gute Vorbereitung für Finsen.

Fast das gleiche gilt für die Radium- und Mesothoriumbehandlung; bei vorsichtiger Dosierung erreicht man bei kleinen Herden meist gute Resultate; doch sind die Wirkungen sehr verschieden, und es ist noch auszuprobieren, ob dieselben mit oder ohne Filter günstiger sind. Mit kleinen Mesothoriumkapseln, die mit einem Stiele versehen sind, kann man eventuell auch die Schleimhaut gut behandeln. Auch hier ist die Kombination mit Finsen anscheinend sehr wirkungsvoll.

Als Resultat seiner Ausführungen rät der Verfasser: sich nicht auf Finsen allein zu verlassen, sondern Kombinationstherapie zu treiben, aber nicht sprunghaft zu wechseln, sondern sich in eine Methode zu vertiefen und diese auszubauen suchen.

Zum Schlusse gibt J. einige Maßregeln für die Prophylaxe gegen die Hauttuberkulose: alles was zur Prophylaxe der Tuberkulose überhaupt geschieht, kommt auch der Hauttuberkulose zugute. Reinlichkeit und Behandlung der banalen Hautkrankheiten der Kinder, frühe Diagnose und energische Therapie der Tuberkulose der Haut und Nasenschleimhaut, verringert die Zahl der Fälle, speziell derjenigen, die dann jahrelange Behandlung erfordern. Das Publikum muß belehrt werden, und die Ärzte lernen, das Frühstadium zu erkennen. Die dermatologischen Kliniken und die Lupusheilstätten müssen nicht nur zur Heilung der Kranken und zur Belehrung der Mediziner dienen, sondern auch zum eingehenden Studium der therapeutischen Methoden, wie das schon jetzt vorbildlich in Wien und Kopenhagen geschieht. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Der **I. Internationale Kongreß für Sexualforschung,** welcher in Berlin stattfinden sollte, wurde mit Rücksicht auf die Kriegswirren vertagt.

In England ist die Außerkraftsetzung des Patentes auf die Fabrikation des **Salvarsan** verlangt worden, welches die bisherigen Patentinhaber Meister, Lucius und Brüning-Frankfurt a. M. in einer in England gelegenen Fabrik hergestellt haben. Die Londoner Firma H. S. Wellcome bemüht sich um die Befugnis der Erzeugung dieses Heilmittels nicht bloß für die Kriegszeit, sondern für die ganze Dauer des Patentes.

P. Ehrlich, A. Neisser u. v. a. haben auf die ihnen von englischen Akademien, Universitäten und gelehrten Gesellschaften verliehenen Auszeichnungen verzichtet. Geh.-Rat Neisser hat seine Cavendish-Medaille dem Roten Kreuz zur Verfügung gestellt.

Priv.-Doz. Dr. Walter Pick in Wien wurde zum k. u. k. Regimentsarzte befördert.

Dr. Paul Unna jun. aus Hamburg, Oberarzt im 17. Regiment des II. Königl. Bayerischen Armeekorps, hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Dr. Richard Leo Grünfeld in Wien, der Sohn des verdienstvollen Endoskopikers weil. Josef Grünfeld und früherer Herausgeber einer „Halbmonatsschrift für Haut- und Harnkrankheiten", ist an Dysenterie in Ausübung seines militärischen Dienstes als k. u. k. Oberarzt gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. Oktober 1914 | Nr. 42 | Band 59

Aus Dr. B. Chajes' Ambulatorium für Hautkrankheiten, Berlin.

Über Purium, einen neuen Steinkohlenteerester.

Von

Dr. Chajes, Berlin-Schöneberg.

Die Anwendung des reinen Steinkohlenteers in der dermatologischen Praxis, wie sie von Dind 1906 wieder von neuem empfohlen wurde, hat sich auch in Deutschland allmählich wieder eingebürgert. Als ich im Jahre 1908 auf Grund umfangreicher Versuche auf die große Wirksamkeit des unverdünnten Steinkohlenteers bei einer Reihe von Dermatosen hinwies, wurden diese Beobachtungen späterhin von einer Reihe von Autoren, wie Bruhns, Rygyer und Müller und anderen mehr bestätigt. Es zeigte sich dabei, daß der unverdünnte Steinkohlenteer nicht nur erheblich reizloser als die bisherigen Holzteerpräparate, besonders der Buchenteer, war, sondern, daß er auch bereits in manchen Stadien des akuten bzw. subakuten Ekzems angewandt werden konnte, in denen nach den bisherigen Anschauungen eine Teerbehandlung völlig ausgeschlossen schien. So günstig nun auch die mit Steinkohlenteer erzielten Resultate sind und so wohlfeil das Präparat auch ist, so hat es doch in dem Geruch und der intensiven Schwarzfärbung Mängel, die in vielen Fällen seine Anwendung erschweren, ja unmöglich machen können. Hierauf hat bereits Leistikow im Jahre 1897 hingewiesen und sah auch davon ab, den Steinkohlenteer unverdünnt zu empfehlen. Seitdem hat es nicht an Bemühungen gefehlt, diese Mängel zu beseitigen. Schon Leistikow stellte die Forderung auf: „seine Konsistenz dünnflüssiger herzustellen, seine tiefschwarze Färbung zu beseitigen, ohne seine Wirkung zu beeinflussen". Es wurde dann folgende spirituöse ätherische Lösung hergestellt, welche weniger färbte, weniger roch und dünnflüssiger war, aber auch an Wirksamkeit nicht mit dem unverdünnten Steinkohlenteer zu vergleichen war:

1. „Tinctura lithanthracis" (Leistikow): Ol. lithanthracis 30,0, Spiritus (95°) 20,0, Aeth. sulf. 10,0. M. filtra.

Ähnliche Lösungen waren:

2. Tinctura anthracis (Fischel): Steinkohlenteer 10, Benzol 20, Spiritus 77.

3. Teertinktur (Sack): Steinkohlenteer 10, Benzol 20, Azeton 77.

Digitized by Google

Die Anwendung des unverdünnten Steinkohlenteers geriet dann allmählich wieder in Vergessenheit. Unna, Neisser-Jadassohn erwähnten denselben in ihren in den folgenden Jahren erschienenen Werken nur kurz und machen zwischen dem Steinkohlenteer und den Holzteerarten keinen erheblichen Unterschied und empfehlen, bei der Teeranwendung die größte Vorsicht zu beobachten. „Als Regel kann man ansehen: Ekzeme, die noch nässen oder eben trocken geworden, Ekzeme, bei denen man durch Reiben an der Oberfläche leicht wieder die nässenden, glänzenden Pünktchen hervorbringen kann, sind nicht mit Teer zu behandeln."

Es wurden nun in der Folge eine Reihe von Präparaten, welche aus dem Steinkohlenteer gewonnen wurden, auf den Markt gebracht, so z. B. Lianthral, Anthrasol usw. Wenn man auch diesen Präparaten durchaus nicht ihre Wirksamkeit absprechen kann, so wird es wohl andererseits kaum einen Dermatologen geben, der bei den Ersatzpräparaten auch nur eine annähernd große Wirkung beobachtet hat, wie sie der unverdünnte Steinkohlenteer hervorbringt.

Da wir leider das wirksame Prinzip des Steinkohlenteers nicht kennen und zur Erklärung der Wirkungsweise nur auf Hypothesen angewiesen sind, so kann nur die reine Empirie beweisen, ob ein Ersatzpräparat überhaupt brauchbar ist oder an Wirksamkeit gar den Steinkohlenteer völlig erreicht. Als mir vor ungefähr einem Jahr ein neues Steinkohlenteerpräparat, das „Purium", von der chem. pharm. Fabrik Dr. Franz Michaelis, Berlin-Schöneberg, zur Prüfung übergeben wurde, ging ich mit begreiflicher Skepsis an die Untersuchung heran. Nachdem ich aber in dieser Zeit an weit über 400 Patienten das Präparat in den verschiedensten Formen und Konzentrationen erprobt habe, bin ich zu dem Resultat gekommen, daß das Purium dasjenige Steinkohlenteerpräparat ist, welches zurzeit die Wirkung des unverdünnten Steinkohlenteers am ehesten erreicht.

I. Chemische Eigenschaften des „Purium".

Das Purium ist ein neues, zum Patent angemeldetes Steinkohlenteerpräparat, in welchem alle therapeutisch wirksamen Bestandteile des Steinkohlenteers an Benzoyl- und Salizylradikalen zu gemischten Estern, sogenannten Sammelestern, chemisch gebunden sind. Man erreicht dadurch, daß aus dem Steinkohlenteer die ganze Gruppe medizinisch wertvoller antiseptischer und desinfizierender Körper herausgeholt wird, ohne die hochschmelzenden pechartigen Stoffe und ohne die basischen Körper, wie z. B. die Pyridine, die wegen ihrer reizenden Wirkung medizinisch wenig brauchbar sind. Durch die Bindung an Salizylsäure und deren Homologe wird eine noch gesteigerte Heilwirkung erreicht. Als besonderer

Digitized by Google

Vorteil erweist sich noch, daß der unangenehme Geruch des Steinkohlenteers fast ganz verschwindet.

Das reine Purium ist salbenförmig, weich und schmilzt bei ca. 60° zu einer klaren, dunkelbraunen Flüssigkeit, die kaum Farbe abgibt. Während das Purium aromatisch und nur nebenbei sehr schwach nach Teer riecht, sind die in Betracht kommenden Verdünnungen bis ca. 20% vollständig geruchlos und frei von dem unangenehmen Teergeruch. Ätzungen und Reizungen der Haut können auch durch das Purium in konzentrierter Form nicht hervorgerufen werden, da es keine freien Säuren und Alkohole enthält. Dabei ist die Wirkung eine sehr starke, da ein Gewichtsteil Purium die wirksamen Substanzen aus etwa drei bis vier Gewichtsteilen unverdünntem Steinkohlenteer enthält.

Für die Rezeptur sind die Löslichkeitsverhältnisse des Puriums sehr vorteilhaft, da sich für die Weiterverarbeitung zu Salben und Pasten spirituöse sowie ölige Lösungen herstellen lassen. Besonders leicht und schön ist Purium in Rizinusöl, im Verhältnis $^1/_3$ Purium zu $^2/_3$ Rizinusöl, löslich. Bei der Behandlung wurden folgende Puriumpräparate verwandt:

Purium oleosum ($33^1/_3$ Purium c. $66^2/_3$ Rizinusöl).

Salben (Purium c. Lanolinvaselin) 2—20%.

Pasten (Purium c. Zinkpaste) 2—10%.

Lack (Purium c. Äther-Alkohol-Firnis).

Dieser Lack trocknet in wenigen Minuten in einer ganz leicht gelblichen Schicht auf der Haut ein und ist mit Benzin, Äther, Alkohol usw. sofort zu entfernen.

Linimente (Purium c. Zinkoxyd, Amylum, Glyzerin, Aqua) in Tuben unbegrenzt haltbar, 2—10%.

II. Klinische Ergebnisse.

Die Versuche, die ich Ende August 1913 an dem Krankenmaterial in meinem Ambulatorium und teilweise auch in meiner Privatpraxis anstellte, erreichten ungefähr die Zahl von über 400 Patienten und werden durch die dauernde Anwendung der Puriumpräparate in meiner Praxis immer weiter vermehrt, ohne daß an den hier zu schildernden Ergebnissen irgend eine Änderung eingetreten ist. Aus diesem Grunde habe ich nur die ersten 300 Fälle als Grundlage für meine jetzige Arbeit genommen. Diese 300 Fälle beziehen sich auf folgende Erkrankungen:

Ekzeme (akute und subakute)	52
„ (chronische)	175
Ekzema marginatum	5
Herpes tonsurans	12
	85*

Digitized by Google

Lichen ruber planus	8
Psoriasis	22
Lichen chronicus simplex	11
Pityriasis rosea	15

Endlich habe ich in den letzten Monaten die Puriumpräparate auch bei 43 Fällen von Seborrhoe angewandt.

Aus der Zusammenstellung geht bereits hervor, daß ich mich bei der Anwendung der Puriumpräparate im allgemeinen auf diejenigen Erkrankungen beschränkt habe, bei denen eine Steinkohlenteeranwendung angezeigt erschien. Ich erweiterte dann das Anwendungsgebiet, indem ich auch schon akute Ekzeme mit Purium behandelte. Hierbei kam allerdings eine schwache Konzentration in Pasten- bzw. Linimentenform zur Verwendung. Was die Anwendungsweise des Puriums bei den genannten Erkrankungen anbetrifft, so war sie bei den einzelnen Affektionen durchaus nicht gleich. Bei akuten Ekzemen wurde zunächst das stark entzündliche, nässende Stadium in der üblichen Weise behandelt. Umschläge mit schwachen Resorzinlösungen, essigsaurer Tonerde, Kamillenwasser in Verbindung mit indifferenten Salben bewirkten zunächst ein Verschwinden der entzündlichen Erscheinungen. Dann wurden vorsichtig und zunächst an kleineren Stellen die Puriumpräparate, und zwar zumeist als 1—2 %ige Puriumpaste oder oft noch mit besserem Erfolge als 1—2 %iges fettfreies Liniment verwandt. Nach wenigen Tagen zeigte sich dann ein Verschwinden des Juckreizes, ein leichtes Abschuppen der Haut, so daß dann gewöhnlich nach Verlauf von 1—2 Wochen auch große ekzematöse Flächen eine normale, wenn auch vielleicht noch etwas leicht gerötete Haut zeigten. Da der Krankheitsverlauf im allgemeinen der gleiche war, verzichte ich hier auf die Anführung ausführlicher Krankheitsgeschichten.

Bei den chronischen Ekzemen handelte es sich zunächst um sogenannte Gewerbeekzeme in den verschiedensten Formen. Teilweise traten sie als tylotiforme und rhagadiforme Ekzeme auf, teilweise zeigten sie leicht nässende und stark juckende Stellen. Ferner wurde eine große Reihe von Ekzemen der Schwimmhäute der Finger und Zehen, besonders Schweißekzeme mit Puriumpräparaten behandelt. Endlich kommen eine Anzahl von seborrhoeischen Ekzemen in Betracht. Besonders auffallend war die Wirkung der höherprozentigen Puriumsalbe bzw. des Puriumöls bei Nagelekzemen. Die Anwendung der Puriumpräparate bei den chronischen Ekzemen geschah in der Weise, daß auch hier mit schwachen Konzentrationen begonnen wurde. Ich fing gewöhnlich mit einer 2 bis 5 %igen Puriumzinkpaste an und stieg dann zu höheren Konzentrationen. Bei den tylotiformen Ekzemen habe ich häufig 20 %ige Puriumsalbe bzw.

Digitized by Google

das Puriumöl und den Puriumlack mit vorzüglichem Erfolge angewandt. Aus dieser Gruppe mögen zwei Krankengeschichten die Wirksamkeit der Puriumbehandlung illustrieren.

Z., 32 Jahre alt, Galvaniseur, seit 4 Jahren chronisches Ekzem beider Hände, Rhagaden, welche beim Ausstrecken der Finger große Neigung zu Blutungen zeigen. Die Ränder der Rhagaden sind stark verhornt und verdickt. An den Schwimmhäuten der Finger leicht nässende ekzematöse Stellen, die stark jucken. Die linke Hand wurde mit unverdünntem Steinkohlenteer, die rechte mit Puriumpräparaten behandelt. Die Verbände wurden täglich in meinem Ambulatorium gewechselt. Der Patient selbst durfte die Verbände nicht abnehmen. Nach 3 Tagen ergab sich folgender Befund:

Rechte Hand (Puriumbehandlung): Unter 2%iger Puriumzinkpaste waren die nässenden ekzematösen Stellen an den Schwimmhäuten abgeheilt, der Juckreiz hatte fast aufgehört. Die Rhagaden an der Volarfläche der Hand und der Finger waren abgeschuppt und nicht mehr so schmerzhaft.

Linke Hand (Steinkohlenteerbehandlung): Die ekzematösen Stellen an den Schwimmhäuten waren noch etwas gereizt, wenn auch gebessert. Dagegen zeigten die Rhagaden und besonders die verhornten Ränder derselben eine erhebliche Erweichung und Tendenz zur Heilung.

Am 6. Tage. Nach Behandlung mit 5, bzw. 10%iger Puriumzinkpaste. Rechte Hand (Puriumbehandlung) völlige Heilung und Trockenheit der Schwimmhäute, Rhagaden im Abheilen, Verhornung nur unwesentlich gebessert.

Linke Hand (Steinkohlenteer): Die Verhornung erheblich besser, die nässenden Stellen ebenfalls gebessert, aber noch nicht abgeheilt.

Am 8. Tage. Rechte Hand: Nach zweitägiger Anwendung von 20%iger Salbe war die Verhornung erheblich dünner und weicher. Keine nässenden Stellen mehr. Die Haut in der Gesamtheit war viel weicher und zeigte keine Tendenz mehr zur Rhagadenbildung.

Linke Hand (Steinkohlenteer): Die nässenden Stellen sind trocken, wenn auch noch immer dünn epidermisiert. Ich ging dann dazu über, an der rechten Hand den 20%igen Puriumlack zu verwenden, wobei die Hand unverbunden blieb, während die linke Hand weiter eine nochmalige Steinkohlenteerpinselung erhielt.

Nach weiteren 6 Tagen, wobei jeden 2. Tag eine Applikation des Puriumlacks auf die Rhagaden und Verhornungen vorgenommen wurde, hatte sich die Haut völlig geschält; die Heilung war eingetreten. Die linke Hand war ebenfalls inzwischen geheilt.

Aus dieser Krankengeschichte, die als typisch gelten kann, geht hervor, daß das Purium in starken Konzentrationen wohl die Wirkung des unverdünnten Steinkohlenteers erreicht, jedoch den Vorteil bietet, daß es in dünnen Konzentrationen bereits in nässenden ekzematösen Stadien mit Erfolg angewandt werden kann, wo unverdünnter Steinkohlenteer, wie sich an der linken Hand zeigte, doch noch gewisse Reizerscheinungen hervorbringt, bzw. nicht beeinflussen kann. Jedenfalls hat das Purium mit dem Steinkohlenteer das gemeinsam, daß es hervorragende keratoplastische Eigenschaften hat, verdickte Hornschichten erweicht und die Schuppenbildung vermindert; durch seine anämisierende Wirkung beeinflußt es chronisch entzündliche Infiltrationen und bringt eine Verminderung des Juckreizes hervor.

Digitized by Google

Bei den übrigen Affektionen, die in der obigen Tabelle angeführt sind, haben sich die Puriumpräparate, besonders bei Lichen ruber planus und bei Lichen chronicus simplex bewährt. Bei beiden habe ich hauptsächlich die 10%ige Puriumsalbe und bei Lichen chronicus simplex mit Vorliebe den Puriumlack (20%ig) angewandt. Auch hier zeigte sich schon nach kurzer Anwendung eine Erweichung der stark verhornten lichenifizierten Partie und ein auffallend schnelles Nachlassen des Juckreizes. Bei Ekzema marginatum und Herpes tonsurans, wobei es sich um Pilzerkrankungen der Haut handelt, habe ich 10—20%ige Puriumsalbe und auch den Lack angewandt. In einzelnen Fällen, besonders bei beginnenden Erkrankungsformen, war die Wirkung prompt und zufriedenstellend. Bei länger bestehenden Herden jedoch mußte ich zur Röntgenbehandlung und Jodlösungen greifen. Bei der Pityriasis rosea Gibert kamen ebenfalls höhere Konzentrationen 10—20%iger Salbe und der Lack zur Verwendung. Die Wirkung der Puriumpräparate erreichte die einer 10—20%igen Schwefelsalbe. Bei der Psoriasis war der Erfolg durchaus nicht einheitlich. Während in einer Reihe von Fällen, bei denen andere Medikamente (Chrysarobin usw.) nur wenig geholfen hatten, wirkte die 20%ige Salbe und das Puriumöl bzw. der Lack ganz ausgezeichnet. Bereits nach 10 Tagen waren z. B. große, indurierte Plaques am rechten Ellbogen und am Rücken vollkommen abgeheilt. In anderen Fällen dagegen versagte die Puriumbehandlung. Wir werden also in betreff auf die Psoriasis von dem Purium dasselbe sagen können, wie von den anderen Medikamenten, die wir bei der Psoriasistherapie anwenden, daß sie wohl oft wirksam, ja sogar verblüffend wirksam sind, in anderen Fällen jedoch versagen. In den letzten Monaten habe ich 10—20%ige Puriumsalbe bei der Seborrhoe des Kopfes verwendet und habe ich in einer Reihe von Fällen eine Besserung feststellen können. Die Versuchsreihen sind jedoch bei dieser chronischen Erkrankung zu klein, um ein endgültiges Urteil über den Wert der Puriumtherapie bei der Seborrhoe abgeben zu können. Es scheint jedoch, als ob die Puriumpräparate eventuell in Verbindung mit einem leicht resorbierbaren Schwefelpräparat, wie z. B. das Sulfoform, einen Fortschritt auch in der Behandlung der Seborrhoe hervorzubringen imstande sind. Was die Nebenwirkungen des Puriums anbetrifft, so muß betont werden, daß Reizungen nur in relativ wenigen Fällen aufgetreten sind. Daß solche sich niemals werden ganz vermeiden lassen, liegt auf der Hand, da einerseits auch der unverdünnte Steinkohlenteer, wenn auch nicht häufig, Reizungen verursacht, andererseits auch sonst indifferente Salben usw. in einzelnen Fällen stark reizend auf die erkrankte Hautfläche wirken. Jedenfalls aber wird man, wenn man vorsichtig mit den geringen Konzen-

Digitized by Google

trationen des Puriums besonders in Pasten oder Linimentform beginnt, Reizwirkungen in den allermeisten Fällen vermeiden können. In meiner Arbeit über Steinkohlenteer habe ich bereits im Jahre 1908 darauf hingewiesen, daß seine Wirkungsweise am besten als eine Kombination von Teer und Zinkleim aufgefaßt wird. Durch die Verwendung des Puriums mit dem fettfreien Liniment kann man eine ähnliche Wirkung auch schon in schwachen Konzentrationen hervorbringen und hat so die Möglichkeit, die an sich variable Konsistenz des Steinkohlenteers nach gewissen Richtungen hin zu bestimmen und in ihrer Wirkung abzustimmen.

Auf Grund meiner Erfahrungen erscheint mir das Purium als ein Präparat, das unter den zurzeit bekannten Steinkohlenteerpräparaten die Wirkungsweise des unverdünnten Steinkohlenteers am ehesten erreicht, dabei aber auch eine Applikation in schwächeren und stärkeren Konzentrationen ermöglicht, die unangenehmen Nebenerscheinungen des unverdünnten Steinkohlenteers, Geruch und Farbe, vermeidet und auch durch seine Preisstellung seine Verwendung besonders in der Kassenpraxis zuläßt.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. Tuberkulose.

Anderthalb Jahre Tuberkulosetherapie nach Deycke-Much, von G. Deycke und E. Altstaedt-Lübeck. (M. m. W., 1913, Nr. 40.) Die von Deycke und Much bewirkte und in früheren Publikationen schon bekanntgegebene Zerteilung der Tuberkelbazillen in ihre einzelnen Kompnoente geht von einer Milchsäureaufschließung derselben aus; diese ergibt nach dem Filtrieren einen Rückstand (M. Tb. R.), welcher eine Eiweißgruppe (A) und ein Fettgemisch enthält. Aus dem Fettgemisch wiederum werden abgespalten einesteils Fettsäuren + Lipoide (F) und andererseits Neutralfett + Fettalkohol (N). Es geht nun das Bestreben dahin, dem Körper jedesmal gerade diejenigen Antigene zuzuführen, welche den jeweils fehlenden oder mangelhaft entwickelten Antikörpern entsprechen. Durch ihre spezielle Intrakutanreaktion haben Deycke und Much ferner eine ziemlich einfache Methode geschaffen, um die fehlenden Antikörper festzustellen, resp. die Indikation für das betreffende Partialantigen, M. Tb. R., A., F. oder N. zu liefern. Nach dieser (im Auszug kaum genügend wiederzugebenden) Methode haben Verfasser 187 Patienten, meist Lungenleidende, aber auch Fälle mit Hauttuberkulose, bei längerer Beobachtungsdauer behandelt und gute Resultate erzielt.

Philippi-Salzschlirf.

Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach, von F. Cuno-Frankfurt a. M. (M. m. W. 1913, Nr. 45.) Die Erkrankungsformen, welche Verfasser mit dem Rosenbachschen Tuberkulin behandelt hat, betreffen nur zum kleineren Teile Dermatosen, in der Mehrzahl Knochenaffektion, Drüsenentzündungen, Knochenleiden, tuberkulöse Peritonitis und Lungentuberkulose; daneben wurden einige Fälle von Spina ventosa, Abszessen und Geschwüren der Haut behandelt, im ganzen 30 Kranke. Unter diesen 30 Kindern erfuhren

Digitized by Google

5 keine Besserung, während 4 gebessert und 21 auffallend günstig beeinflußt wurden. Die Injektionen wurden in der Regel zweimal wöchentlich in Dosen von zunächst 0,01 ccm, später von 0,1—0,5 entweder subkutan unter die Haut des Oberschenkels oder lokal in die Umgebung des Krankheitsherdes oder auch in das kranke Gewebe selbst verabreicht. Dir Pirquetreaktion war bei allen diesen Kindern scharf positiv. Die Beobachtungszeit erstreckte sich auf 12 Monate. Verfasser bezeichnet das Mittel als einen mächtigen Faktor zur Beeinflussung der natürlichen Heilbestrebungen des Organismus, welcher warm zu empfehlen sei. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit dem Rosenbachschen Tuberkulin, von Carl Beck-Frankfurt a. M. (Zschr. f. Kindhlk., 1913, Bd. 6, H. 5/6.) Beck hat mit dem Rosenbachschen Tuberkulin, das durch Aussäung bestimmter Trichophytonpilze auf Tuberkelbazillenkulturen und Versetzung der Kulturmasse durch Glyzerinkarbolsäure gewonnen wird, seit 1 Jahre 30 Kinder im Alter von $1^1/_2$—3 Jahren meist im Hospital, 6 Fälle ambulant behandelt; im ganzen 1000 Injektionen. Die Kinder litten an Bronchialdrüsen-, Lungen-, Bauchfell-, Darm-, Drüsen-, Knochen- und Hauttuberkulose und hatten alle positive Pirquetsche Kutanreaktion mit Alttuberkulin gezeigt. Meist wurden subkutane Injektionen an dem Oberarm gemacht, seltener in der Umgebung des Krankheitsherdes, wobei sich eine energischere Wirkung zeigte; Abszesse wurden eröffnet, entleert und dann in der Umgebung der Abszeßhöhlen injiziert. Anfangsdosen — außer bei sehr schwachen Patienten — 0,1 g und jeden 2. Tag Steigerung um 0,1 g bis 1,0 g als Höchstdosis, die dann 2 Monate 2mal wöchentlich, 1 Monat 1mal wöchentlich gegeben wurde, so daß eine Kur durchschnittlich 3 Monate dauerte; bei sehr hartnäckigen Fällen auch $^1/_2$—1 Jahr. Außer geringen subjektiven Beschwerden, sah der Verfasser nie unangenehme allgemeine Reaktionssymptome, wenn auch die Temperatur vorübergehend stieg (ev. sogar 1—2°). Stärker waren die Lokalsymptome, so daß der Arm oft ein erysipelartiges Aussehen bekam; doch gingen diese Erscheinungen nach Hochlagerung und kalten Umschlägen meist nach 12—24 Stunden wieder zurück. Im Laufe der Kur wurden dieselben geringer. Nie Abszesse oder Nekrosen; der Verfasser meint, daß bei tiefen subkutanen oder intramuskulären Injektionen die unangenehmen Erscheinungen zu vermeiden sind. Sehr ausgesprochen waren die Herdreaktionen.

In den meisten Fällen schnelle Erholung der Kinder und auffällige Gewichtszunahme; bestehendes Fieber ging zurück, die v. Pirquetsche Reaktion wurde oft negativ. Der Verfasser hält das Mittel für ganz ungefährlich und die Kur für ambulant durchführbar.

Die Tuberkulinbehandlung schafft nach Rosenbach eine sehr energische Immunität, die aber natürlich nur eine begrenzte Zeitdauer hat, so daß die Kur von Zeit zu Zeit wiederholt werden muß. Der Verfasser verspricht sich von der Kombination der Heliotherapie und Rosenbachschen Tuberkulintherapie große Erfolge.

Zum Schlusse folgen dann zur Illustration des Gesagten ausführliche Krankengeschichten von verschiedenen Formen von Tuberkulose. Lasch-Breslau.

Die Chemotherapie der Tuberkulose mit Ausschluß der Kupferbehandlung, von Carl Brück-Breslau. (M. Kl., 1913, Nr. 46.) Das Referat über die vorliegende Arbeit Brücks möchte ich mit ihrem Schlußpassus beginnen: Wie im Beginn der Versuche der Chemotherapie der Syphilis mit Arsenpräparaten durch Ehrlich handelt es sich zurzeit bei der Bekämpfung der Tuberkulose darum: Substanzen, resp. deren Verbindungen zu finden, bei denen starke Parasitotropie mit schwacher Organotropie verbunden ist, d. h. chemische Mittel, die ohne toxische Wirkungen auf den Organismus vernichtende oder schwer schädigende Wirkung auf die Bakterien ausüben.

Digitized by Google

Bruck erwähnt in der Einleitung zunächst die schon seit langer Zeit angestellten und auch heute noch fleißig fortgesetzten Versuche, in Verbindungen des Jod, speziell im Jodoform, eine Substanz zu finden, die direkt in die Blutbahn gebracht, ein wirksames antituberkulöses Mittel bedeutet; ob dabei die hervorgerufene Lymphozytenvermehrung resp. die lipolytischen Fermente eine Rolle spielen, ob die Bakterien direkt vernichtet oder nur ihre Existenzbedingungen verschlechtert werden, bleibt zurzeit noch eine offene Frage.

Eingehender als mit dem Jod beschäftigt sich Bruck mit dem Gold, und zwar besonders mit den Goldzyanverbindungen, die er anfänglich mittels intravenöser Infusion, dann fast ausschließlich durch intravenöse Injektionen bei Lupösen angewendet hat. Seine Erfahrungen decken sich mit denen anderer Verfasser fast vollständig. Das Goldzyan hat einen elektiven Einfluß auf tuberkulöses Gewebe, und, obwohl Bruck von überschwänglichen Beurteilungen der Heilwirkungen weit entfernt ist, so erscheint ihm doch zweifellos, daß man von Krankheitsrückgängen sprechen kann. Ebenso scheint die Goldzyanbehandlung durch die kapillarangreifende Eigenschaft des Goldes dem Tuberkulin den Zugang zu den tuberkulösen Herden zu erleichtern und dessen Wirkung zu steigern. Im Anfange machte der Verfasser intravenöse Infusionen von 0,01—0,05 jeden zweiten oder dritten Tag, im ganzen meist zwölf, jetzt gibt er intravenöse Injektionen einer 1%igen Lösung.

Von Nebenerscheinungen erwähnt Bruck zunächst das Reaktionsfieber, ferner die lokalen Reaktionen und hat auch zweimal Ikterus auftreten sehen. Bedrohliche Erscheinungen hat er nie gesehen und glaubt die von anderen beschriebenen darauf zurückführen zu können, daß es sich dann meist um schon schwer heruntergekommene phthisische Patienten gehandelt habe. Bruck selbst hat während der Goldbehandlung die lupösen Stellen nie lokal behandelt, und doch deutliche Rückgänge, nicht Heilungen gesehen.

Bruck glaubt, daß es der Tuberkulose gegenüber zurzeit nur zwei wirklich entwicklungshemmende Körper gibt: das Gold und das Hg; das Silber kommt erst in zweiter Reihe, Zyan hat nur eine beschränkte und Kupfer fast gar keine Wirkung. Auch kolloidales Gold zeigt in einer Verdünnung von 1—1000000 deutliche Wirkungen, so daß im Goldzyan das Gold als die wirksame Komponente aufzufassen ist. Von Cholingoldzyanverbindung hat Bruck keine besonderen Resultate gesehen. Die von Feldt gerühmte Cantharidingoldverbindung hat er noch nicht geprüft. Das Cholin, das letzte der für die Tuberkulose zurzeit in Betracht kommenden chemotherapeutischen Präparate, soll als Borcholin bei Gelenk- und Lungentuberkulose gute Erfolge gezeigt haben; subkutan macht das in 10%iger Lösung unter dem Namen „Euzytol" in den Handel kommende Borcholin starke Infiltrate, während es intravenös vertragen wird; doch liegen noch keine weiteren Prüfungen vor. Diese werden naturgemäß durch die Art der Krankheit sehr erschwert; denn während man bei der Syphilis im Tierexperiment nach Stunden oder wenigstens nach wenigen Tagen Anhaltspunkte für die Wirksamkeit der eingeführten Substanzen hatte, werden bei der Tuberkulose monatelange Beobachtungen nötig sein.

Lasch-Breslau.

Erfahrungen mit der Kupferbehandlung bei äußerer Tuberkulose, von Eggers-Bonn. (Kl. Beitr. z. Tbc., 1913, Bd. 29, H. 2.) Verfasser machte seit Mai 1913 am St. Johannes-Hospital zu Bonn therapeutische Versuche mit Kupferpräparaten bei äußerer Tuberkulose und will so auffallend günstige Resultate beobachtet haben, daß er trotz der geringen Anzahl der Fälle (5 Fälle) und der kurzen Beobachtungsdauer schon jetzt eine Veröffentlichung für gerechtfertigt hält.

Digitized by Google

Für die Darreichung per os wurden verwandt:

1. Kupfer Methylenblau-Lebertran in Golddurat kapseln, à 0,005 Cu.

2. Kupfer-Chlorid-Lezithin (sog. U_4) in Pillen, à 0,005 Cu.

Von den Kapseln und Pillen gab er bis zu vier Stück pro die, dieselben sollen gut vertragen worden sein.

Zur Allgemeinbehandlung, die in Form einer Hg-Kur gehandhabt wurde, verwandte er:

3. Zimtsaures Kupfer-Lezithin (sog. U_3) als 3%ige Salbe.

4. Dieselbe Salbe mit $1^1/_2$% Kupfergehalt (sog. $U_{3/2}$) mit einem Zusatz von 10% Zykloform diente zur lokalen Behandlung lupöser und verruköser Ulzerationen.

Schließlich wurden in Drüsenabszesse und offene Fisteln Injektionen gemacht mit

5. einer Lösung, enthaltend 4g U_4, 2 ccm $CuCl_2$ (100%), 200 ccm Methylenblau (0,1%), von der 1 ccm 0,0047 Cu enthält.

Die Einwirkung der lokalen Salbenbehandlung auf die erkrankten Hautpartien war eine ganz überraschende, schon am Morgen nach dem ersten Verband waren alle Borken abgefallen, die Geschwüre hatten sich gereinigt, so daß sehr stark sezernierende, z. T. blutende Geschwürsgründe von frischer roter Farbe entstanden waren, ferner traten überall im alten Narbengewebe stecknadelkopf- bis linsengroße blutende oder sezernierende Defekte auf. Die Kupferverbände wurden fortgesetzt, bis brennende Schmerzen eintraten, was schon nach einigen Tagen der Fall war, dann wurden Borsalbenverbände angelegt, unter denen sich in kurzer Zeit, schon nach 20 Stunden, die Ulzerationen vom Rande her epithelisierten. Waren sämtliche Ulzerationen epithelisiert, so wurde erneut Kupfersalbe aufgelegt, unter der die Epitheldecken wieder aufbrachen, und zwar lediglich nach Maßgabe des eventuell unter ihr befindlichen tuberkulös erkrankten Gewebes. Die Behandlung wurde fortgesetzt, bis unter der Kupfersalbe kein Aufbruch mehr erfolgte; maßgebend für das Absetzen der Kupfersalbe war dabei immer das Auftreten der Schmerzen. Bei einzelnen Patienten wurde noch eine Allgemeinbehandlung mit Kupfer angeschlossen in Form einer Schmierkur und interner Verabreichung der oben erwähnten Präparate.

Außer Brechneigung, die in zwei Fällen auftrat, wurden schädigende Wirkungen, insbesondere auf die Nieren, nicht beobachtet. Haller-Dresden.

Die äußere Tuberkulose, spez. Hauttuberkulose, und ihre Behandlung mit Lezithinkupfer (Lekutyl), von Artur Strauss-Barmen. (Strahlentherapie, 1913, Bd. 3, H. 2.) Nachdem Gräfin Linden gezeigt hatte, daß das Kupfer an das Protoplasma der Tuberkelbazillen gekettet wird und diese von der Blutbahn aus abtötet, ohne den Organismus zu schädigen, hat Verfasser ausgedehnte Versuche mit der Kupfertherapie angestellt. Anfangs arbeitete er mit Kupferchlorid (1911), das jedoch namentlich bei Injektionen starke Schmerzen hervorrief; als sehr brauchbare Verbindung erwies sich das Kupferkaliumtartrat, womit er unzweifelhafte Erfolge erzielte. Er beschäftigte sich immer eingehender mit der Kupferbehandlung und fand, daß das Kupfer direkt spezifisch auf die Tuberkulose wirkt, indem es die Bazillen vernichtet, und nicht bloß elektiv (Zerstörung des kranken Gewebes).

Ausgehend von der Tatsache, daß die Tuberkelbazillen aus 40% Fettsubstanz bestehen, gab Verfasser die Anregung, die Lipoidlöslichkeit der Kupferpräparate zu steigern. Gräfin Linden gelang es, eine neue chemische Verbindung aus Lezithin mit Kupfersalzen herzustellen, der eine erhöhte spezifische Kraft zuzuschreiben ist bei gleichzeitiger Steigerung der Resorbierbarkeit. Mit diesem Präparat — Lekutyl — hat dann Verfasser seine weiteren Versuche angestellt. Das Mittel dient vorwiegend zur örtlichen und Inunktionsbehandlung, ein gutes Injektionspräparat ist noch nicht gefunden, dagegen

Digitized by Google

wird das Lekutyl auch in Form von Pillen neben der Schmierkur mit Vorteil verwandt. Verfasser schildert eingehend die Technik der Methode, die Salben müssen bei Tag und Nacht in engster Berührung mit der erkrankten Hautstelle sich befinden, was nur durch rationellen Verband möglich ist. Meist tritt die spezifische Reaktion schon am dritten Tage ein: schmerzhafte Entzündung und Zerstörung der Lupusknötchen, die Kur muß dann bis zur vollständigen Vernarbung durchgeführt werden. Die Schmerzhaftigkeit tritt um so mehr zurück, je weiter die Heilung fortschreitet. Viel schneller noch als lupöse Infiltrate heilen tuberkulöse Ulzerationen sowohl der äußeren Haut wie der Schleimhäute, ebenso reinigen sich Skrophulodermata auffallend rasch. Durch Zusatz von Zykloform ließ sich die Schmerzhaftigkeit herabsetzen. Als Kombination mit der Lekutyltherapie empfehlen sich kurze energische Bestrahlungen mit der Quarzlampe, bei tieferen Infiltraten Kohlensäureschnee.

Ein von der Lupuskommission dem Verfasser überwiesener 11jähriger Knabe, der an einer mit mehreren Fisteln komplizierten Koxitis, an Lupus des Gesichts, der Naseneingänge und an einem tuberkulösen Geschwür der Oberlippe litt, genas in drei Monaten. Klinisch war keine Tuberkulose mehr nachweisbar.

Was die Allgemeinwirkung anlangt, so wurden größere Störungen des Allgemeinbefindens selten beobachtet, einigemal trat Albuminurie auf. Häufig erfolgte Zunahme des Körpergewichts.

Rezidive sind nicht ausgeschlossen, bleiben aber beeinflußbar. Die radikale Wirkung ist von einer guten Technik abhängig, die ambulant durchführbar ist, eine kurze Krankenhausbehandlung ist jedoch vorzuziehen.

Zum Schlusse der ausführlichen Arbeit gibt Verfasser dann noch eine eingehende Beschreibung von 15 Krankengeschichten, die an 28 Abbildungen studiert werden können.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Statistische Mitteilungen, von Alfred Jungmann. (IX. Jber. d. V. „Lupusheilstätte"-Wien.) Von November 1904 bis Ende 1912 erschienen in der Heilstätte 4191 Patienten, darunter waren 2061 Lupuskranke. Im Jahre 1912 allein erschienen 583 an Hauttuberkulose Erkrankte. Bis Ende 1912 wurden 320 Lupöse auf operativplastischem Wege geheilt. Chirurgische Eingriffe wurden 99 im Jahre 1912 vorgenommen. Weiter wird die Zahl der Röntgen- und Lichtbestrahlungen angeführt. Weitere Tabellen geben eine Übersicht über Zuständigkeit, Geschlecht und Beruf der Lupösen, der Belichteten und des Beginns der Hauttuberkulose nach dem Alter.

Georg Heymann-Elbing.

Bericht des Inspektionsarztes Adjunkten Michael Knoedl für das Jahr 1912. (IX. Jber. d. V. „Lupusheilstätte"-Wien.) Am 31. Dez. 1911 befanden sich im Lupusheim 8 Männer und 18 Frauen. Im Laufe des Jahres 1912 wurden 53 Männer und 212 Frauen aufgenommen. Bei den Pfleglingen wurde in der großen Mehrzahl der Fälle Heilung, zumindest eine ausgiebige Besserung erzielt. Die übrigen Mitteilungen sind wirtschaftlicher Natur. Georg Heymann-Elbing.

Gleichzeitige quantitativ ausgeführte Inokulationen mit humanem und bovinem Tuberkulin besonders bei Lupus vulgaris und Lungentuberkulose, nebst klinischem und statistischem Beitrage zur Ätiologie des Lupus vulgaris, von Ad. L. Fönss-Kopenhagen. (Hospitalstid., 1914, Nr. 12 u. 13.) Sehr interessante, für ein kurzes Referat aber nicht geeignete Untersuchungen. Als Hauptergebnisse kommt Verfasser dazu, daß seine sämtlichen Untersuchungen darauf deuten, daß boviner Tuberkuloseinfektion eine geringere Rolle als Infektionsmoment zukommt, als der Infektion mit humaner Tukerkulose. Wilh. Holland-Kristiania.

Digitized by Google

Über einen Fall von Lupus elephantiasticus, von MAX BENJAMIN. (Diss., Bonn 1912.) Im ausführlich beschriebenen und abgebildeten Fall handelt es sich um eine Elefantiasis des rechten Unterschenkels und Fußes, die auf dem Boden eines Lupus entstanden ist. Die mikroskopische Untersuchung zeigt neben den typischen Erscheinungen des Lupus als Besonderheit eine auffallende, durch Stauung bedingte Erweiterung der Lymphspalten und Lymphgefäße und eine ödematöse Schwellung der Tuberkel. Diese Erkrankung der Lymphbahnen im Verein mit der schubweise erfolgten sekundären Ausbreitung spricht dafür, daß es sich um einen auf dem Lymphwege fortgewanderten Lupus handelt. Die energische Behandlung zeitigte einen derartigen Rückgang aller Krankheitserscheinungen, daß der Patient wieder völlig arbeitsfähig wurde. Fritz Loeb-München.

Lupus des Gesichts und Gehörganges, von BUYS. (Policlinique, 1913, Nr. 22.) Die 40jährige Patientin leidet an Lupus der rechten Gesichtshälfte; otoskopisch ließen sich dieselben Veränderungen im Gehörgange, sowie eine Mittelohreiterung feststellen. Die Pat. gab an, vor Auftreten des Lupus an einer Ohreiterung gelitten zu haben; jener habe am Ohr angefangen. Verf. nimmt an, daß ursprünglich eine tuberkulöse Mittelohreiterung bestanden habe, die den Lupus des Gehörganges verursacht habe, der seinerseits wieder die Haut infizierte. Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis des Lupus vulgaris der oberen Luftwege, von FRITZ LILL-Würzburg. (Würzb. Abh., 1913, Bd. 13, H. 9.) Nachdem der Verfasser in eingehender Weise das Verhältnis des Hautlupus zum Lupus der Schleimhäute der oberen Luftwege an der Hand der Literatur wie zahlreicher eigener Beobachtungen erörtert hat, kommt er zu dem Resultate, daß fast jeder Lupus der Gesichtshaut mit einem solchen der Schleimhaut verknüpft ist. Er nimmt den Standpunkt ein, daß in der Mehrzahl der Fälle die Nasenschleimhaut oder der Nasenrachenraum den primären Lupusherd in sich birgt. Er empfiehlt zur Diagnose den rhinendoskopischen kleinen Spiegel von GERBER, mit dem gerade jene häufig übersehene Stelle im Nasenvorhof dem Auge zugänglich gemacht wird. Das Ekzema vestibuli entpuppt sich oft bei dieser Untersuchung als Lupus. Die so häufig bei Kindern beobachtete Affektion dürfte in Zukunft nicht mehr verkannt werden. Welchen außerordentlichen Einfluß dieser Hinweis auf die Therapie hat, bedarf wohl keiner Erörterung. Wer nur den Gesichtslupus heilt, ohne auf die Schleimhauterkrankungen Rücksicht zu nehmen, darf sich über Rezidive nicht wundern. Peyser-Harburg.

Der gegenwärtige Stand der Lupustherapie, von HEINRICH LANG. (Diss., Freiburg i. Br., 1913.) Nach einer kurzen Einleitung berichtet Verfasser in den einzelnen Kapiteln seiner Arbeit über: Skarifikation und blutige Stichelung, Exkochleation, die Diathermie, galvanokaustische Stichelung, Vor- und Nachteile der Behandlung, um zum Schluß das an der Freiburger Klinik übliche Vorgehen zu schildern. Kleinere Herde im Gesicht sind zu exzidieren, wenn keine entstellenden Narben zu befürchten sind und die Exzision sich sicher im Gesunden ausführen läßt. Bei größeren mit Vorsicht Diathermie. Für diejenigen aber, die sich wegen ihrer Größe nicht mehr für diese beiden Behandlungsarten eignen, ist die Methode der Wahl die FINSEN-Therapie, die auch da anzuwenden ist, wo ungünstig gelegene kleinere Herde mit Rücksicht auf entstellende Narben nicht exzidiert werden können, z. B. in der Umgebung des Auges. Bei oberflächlichem Zerfall, großer flächenhafter Ausdehnung und nicht zu tiefem Sitz der Veränderung bewährt sich zunächst gut die Quarzlampe, die für eine spätere FINSEN-Therapie den Boden vorbereitet, ebenso wie die Pyrogallusbehandlung, vielfach der FINSEN-Bestrahlung vorausgeschickt, besonders bei tiefergreifenden Geschwüren. Einzelne Knötchen, die gegen FINSEN sehr resistent sind, beseitigt man rascher durch galvanokaustische Stichelung. Für RÖNTGEN-Behandlung sind die verrukösen und hypertrophischen Formen geeignet, even-

Digitized by Google

tuell sind diese auch durch Pyrogallussalben und spätere Finsen-Anwendung zu behandeln. Für den Lupus an den Extremitäten und am Rumpf zieht die Freiburger Klinik bei gut abgesetzten Formen und mäßiger Ausdehnung die Exstirpation vor. Der Defekt wird durch Krausesche Lappen oder Thiershsche Transplantation gedeckt. Bei großen Flächen bewährt sich die Diathermie, ganz gleich, ab es sich um ulzerierte Flächen handelt oder nicht. Bei sehr großen Flächen, die für Diathermie sich weniger gut eignen, Pyrogallus. Der Urin muß stets kontrolliert und um Resorption zu vermeiden, nie eine größere Fläche auf einmal behandelt werden.

Flächenhafte Formen werden am besten durch Milchsäurepinselungen beseitigt, bei gut abgesetzten kleineren Herden galvanokaustische Stichelungen oder Kombination beider Methoden. Die unteren Partien des Naseninneren werden mit gutem Erfolg mit Pyrogallustampons behandelt. Um Zeit zu sparen und um möglichst geringe Unkosten zu verursachen, werden die Patienten nach der Belichtung bis zum Ablauf der Reaktion (gleich ob durch Quarz- oder Finsen-Lampe erzeugt) mit Borsalbenverband entlassen; sie kommen dann erst nach der Abheilung zu einer neuen Belichtungsserie wieder in die Klinik. Auf diese Weise gelingt es auch bei schwereren Fällen, mit möglichst geringen Kosten eine Heilung herbeizuführen. Die besonders bei Kindern aus dürftigen Verhältnissen nach mehrmonatligem Aufenthalt in der Klinik sich öfter zeigende Tendenz zur Spontanheilung einzelner unbehandelter Stellen ist wohl der beste Beweis der Bedeutung kräftiger Ernährung und guter Körperpflege für die Bekämpfung dieser schweren Erkrankung. Schon aus diesem Grunde, aber auch mit Rücksicht auf die Unmöglichkeit der Durchführung einer intensiven ambulanten Lokalbehandlung, sowie auf die Schwierigkeit der Unterbringung der oft grausam entstellten Kranken, hält es Verfasser für dringend notwendig, daß ebenso wie in Kopenhagen und Wien, auch an anderen Orten, überall, wo es Lupuskranke in größerer Zahl gibt, Zentren für die Lupusbehandlung geschaffen werden, in denen die Bekämpfung dieses Leidens, das für den davon Befallenen meist noch schlimmer ist, als innere Tuberkulosen, mit allen Mitteln der Therapie energisch durchgeführt werden kann, und zwar müßte die Behandlung und Verpflegung ganz unentgeltlich, oder doch wenigstens so billig sein, daß jeder Lupuskranke dieser Wohltat teilhaftig werden könnte. Hier eröffnet sich für humanitäre Gesellschaften eine dankbare Aufgabe, die ja auch seit drei Jahren vom Zentralkomitee für die Lupusbehandlung in Angriff genommen ist, aber noch lange nicht die Ausdehnung gewonnen hat, die ihr nach der Wichtigkeit der Erkrankung zukommt. Erst wenn an allen größeren Plätzen besondere Lupusheime bestehen, die von erfahrenen Ärzten geleitet werden, wird es möglich sein, dieselben Resultate zu erzielen, wie sie Finsen in Kopenhagen für ganz Dänemark erreicht hat. Dann wird es auch gelingen, eine große Anzahl Lupuskranker, die hauptsächlich durch ihre Entstellung von der menschlichen Gemeinschaft ausgeschlossen sind und bisher ihren Gemeinden zur Last fallen, wieder zu brauchbaren Mitgliedern der Menschheit zu machen, die sich selbst ihren Lebensunterhalt verdienen können. Besonders seit Einführung der Finsen-Behandlung wurden an der Freiburger Klinik eine große Reihe von Heilungen bei Lupuskranken erzielt, die früher unbedingt als unheilbar bezeichnet werden mußten, deren Leiden jetzt aber dauernd beseitigt ist. Die auf diesem Gebiete zu erreichenden Resultate stellen sich nicht nur den Erfolgen, die im Kampfe gegen die innere Tuberkulose erzielt sind, gleichwertig an die Seite, sondern sie übertreffen diese auch vielfach und ermutigen zu weiterem tatkräftigen Vorgehen auf diesem Gebiete der Krankenfürsorge. Fritz Loeb-München.

Leitsätze zur Lupusbehandlung, von Alfred Jungmann-Wien. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) In der vorliegenden Arbeit gibt Verf. das Resümee seiner therapeutischen Erfahrungen, gewonnen an 2300 Fällen von Hauttuberkulose.

Digitized by Google

1. Die Erkrankungsformen von Hauttuberkulose können ausgerottet werden bis auf die sich immer erneuernden Initialfälle, von denen $^2/_3$ im Kindesalter entstehen.

2. Vorbedingung ist planvolle Agitation zur Bekämpfung der initialen und leichten Formen. Tiefgreifende Ätzmittel, Exkochleation, Skarifikation, Paquelin usw., deren Grundprinzip schwere Zerstörungen sind, müssen aufgegeben werden.

3. Der an Hauttuberkulose Leidende ist als Ganzer zu behandeln, wobei nicht nur allein die Hebung des Allgemeinzustandes gemeint ist, sondern es soll die Behandlung von Hauttuberkulösen nicht mehr als nur lokal aufgefaßt werden. Die Mukosabehandlung, die in $^2/_3$ der Fälle erforderlich ist, soll mit der Behandlung der Haut gleichzeitig vorgenommen werden, ebensowenig sind Knochen- und Sehnenaffektionen zu übersehen und die Behandlung der Drüsen.

4. Das Langsche Verfahren, die operativ-plastische Methode, ist die radikalste Therapie des Lupus, bei wiederholter Revision von ca. $^5/_6$ der operierten Patienten konnten nur bei 2—3% schwere Rezidive festgestellt werden. Vorbedingung bei diesem Verfahren ist exakte Technik.

5. Der größte Teil der Fälle von Hauttuberkulose gehört der Finsen-Behandlung zu, die durch schonende Narbenbildung ausgezeichnet ist.

6. Das Radium dürfte einen Teil der früher der Finsen-Methode zugehörigen Fälle übernehmen. Als souveräne Radikalheilmethode erscheint die Radiumbestrahlung bei den lupösen Affektionen der Schleimhaut.

7. Die Röntgen-Bestrahlung ist bei kolliquativen Formen, bei der Tuberculosis cutis verrucosa, bei den Symptomen ein radikales Verfahren, für den Lupus planus ist sie nicht empfehlenswert.

8. Die Quarzlampe ist zur Heilung ganz oberflächlicher Lupusherde geeignet.

9. Die Heliotherapie ist ein unterstützender Faktor ersten Ranges.

10. Pyrogallol und Resorzin sind unentbehrliche Vorbehandlungsmittel.

11. Die Heißluftbrennung ist sehr schmerzhaft und bedarf daher der Narkose, die Narben sind kosmetisch befriedigend. Die Diathermie, in Form der Elektrokoagulation gibt ähnliche Resultate, namentlich bei Karzinomen in Lupus wurden günstige Wirkungen gesehen.

12. Das Tuberkulinverfahren ist vorläufig eine rein empirische Methode.

13. Die Chemotherapie hat an Bedeutung für die Therapie der Hauttuberkulose wieder sehr gewonnen. Die lokale Anwendung von Kupferchlorür-Lezithinsalben, sowie auch Allgemeinanwendung von Kupfersalzen nach Strauss haben bei Lupus schöne Erfolge gebracht.

14. Bei der Kompliziertheit der einzelnen Verfahren und langen Dauer ist eine psychisch eindringliche Erziehung der Kranken geboten.

15. Die vorausgegangenen Überlegungen lassen die Errichtung von universell geführten Lupusheilstätten wünschenswert erscheinen.

Am Schlusse gibt Verf. noch eine Kasuistik über 58 Geheilte.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Zur Geschichte der Lupusbekämpfung, von Eduard Lang. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) Angeregt durch einen Fall von Gersuny, der einen ausgedehnten Lupus am Unterschenkel operierte, machte Verf. am 3. Jan. 1892 seine erste Operation, von welchem Tage er die systematische Bekämpfung des Lupus an datiert. Leider entzog sich dieser erste operierte Patient der weiteren Behandlung. Im zweiten Falle, bei welchem Verf. einen ausgedehnten Lupus des Gesichts exstirpierte, konnte er sich wiederholt von der Dauerhaftigkeit der Heilung überzeugen. Zur Bemessung des Wertes der Methode ist die Evidenzhaltung außerordentlich wichtig. Verf. beklagt sich, daß

Digitized by Google

er von den engeren Fachkollegen wenig gefördert worden sei, nur Hans v. Hebra nimmt er aus. Er wandte dann auch die operative Behandlung bei dem Lupus in der Mundhöhle mit Erfolg an, dagegen glückte es ihm nicht, den Lupus in der Nasenhöhle operativ einzugrenzen. Die Grenzen, die der Operation des Lupus gezogen sind, liegen nach Ansicht des Verf. nicht in der Ausdehnung der Herde, nicht in ihrer großen Zahl, sondern in der Möglichkeit, alles Kranke weit im Gesunden umschneiden zu können. Während in Wien die operativ-plastische Methode ausgebildet wurde, eröffnete in Kopenhagen Nils R. Finsen neue Bahnen. Die Wirkung seines ersten Apparates für Konzentration des Lichtes versuchte er an einem Bekannten, der seit Jahren zur Heilung seines Lupus vulgaris vergeblich Hilfe suchte. Er genas. Vermögende Leute unterstützten Finsen finanziell, ebenso der Staat und die Mitglieder des dänischen Königshauses. Alexander Haslund schickte Patienten zur Behandlung. So entstand das Finsen-Institut, dem Finsen selbst 1903, nachdem ihm der Nobelpreis verliehen, 50000 Kronen zuwies. Nach Finsens frühem Tode leitete erst Forchhammer und jetzt Axel Reyn das Institut. Auch das Langsche Exstirpationsverfahren wird dort — von dem Chirurgen N. P. Ernst — gepflegt. Das Finsen-Institut, das gleichzeitig die erste Lupusheilstätte repräsentiert, fand an anderen Orten bald Nachahmung. Als Lang sich selbst von Finsens Erfolgen überzeugen konnte, war es ihm klar, daß die Propaganda beide radikale Behandlungsarten des Lupus in sich fassen müsse. Eine Einrichtung für Lichtbehandlung nach Finsens Vorschlägen war aber ein kostspieliges Unternehmen. Lang gelang es jedoch, allmählich die Mittel zur Errichtung der Wiener Lupusheilstätte zu erhalten. Auch in Deutschland schenkte man der Bekämpfung des Lupus immer größere Aufmerksamkeit. Durch Einsetzung der Lupuskommission des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (1908) wurde ein wesentlicher Schritt vorwärts getan. Es wurde eine Zählung veranstaltet, die über 30000 Lupöse im deutschen Reiche ergab. Ein belehrender Aufruf wurde verbreitet und von Neisser ein Lupusmerkblatt herausgegeben. Es entstanden die Lupusheilstätten in Hamburg und Gießen. In diesen werden außer der Exstirpationsmethode und Finsen-Belichtung, die Röntgen-Behandlung, Quarzlampen- und Radiumbestrahlung mit herangezogen.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Seife zur Tuberkulosebekämpfung. Seife in der Bakteriologie, von W. Zeuner-Berlin. (Quelle nicht angegeben.) Die im Blute und in der Lymphe, in den Lymphdrüsen, in Leber und Milz bei Gesunden vorhandenen Ölseifenverbindungen sind die natürliche Schutzkraft der Gesunden, weil die Gegenwart von Ölseife dem Serum bakterizide Kraft verleiht, ihm zufolge hat diese physiologische Seifenlösung im Organismus höchst wichtige antibakterielle und antitoxische Aufgaben zu erfüllen. Nach Zangger haben viele Sera durch Ölseife komplementiert die Eigenschaften von natürlichen Immunseren. Dem Verfasser gelang der Nachweis, daß eine Seifenlösung — eine Emulsion von ölsaurem Natrium — die Toxine und Endotoxine der Tuberkelbazillen unschädlich macht. Der Verfasser benutzt die 1%ige Ölseifenlösung zur Abtötung, Extraktion, chemischen Umgestaltung und Entgiftung der Perlsuchtkeime nach besonderen Verfahren. Die Seife wird in verschiedenen Formen einverleibt intravenös, per os in Pillen, rektal und inhalatorisch. Die Behandlung dient gleichzeitig als Unterstützung der Tuberkulinkur.

Chrzelitzer-Posen.

Die Bekämpfung des Lupus, von Marsch. (Ber. d. D. Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, 1913.) Im Jahre 1912 waren auf Antrag der Lupuskommission durch alle preußischen Landräte und die gleichgeordneten Stellen der andern Bundesstaaten alle vorhandenen Lupuskranken mittels Zählkarten festgestellt worden. Das Ergebnis war im ganzen Deutschen Reich 4009 Lupuskranke. Zur Behandlung

Digitized by Google

ausgewählt wurden nur Mittellose, und im allgemeinen wurden folgende Fälle als geeignet erachtet: alle Fälle von Nasenlupus, die der Behandlung leicht zugänglichen, die wenig ausgebreiteten, die noch nicht zu lange bestehenden und noch nicht zu lange Zeit in Behandlung befindlichen Fälle. Die Gesamtzahl dieser Fälle betrug 1064, worunter sich 143 Kinder bis zum 14. Lebensjahre einschließlich befinden.

Georg Heymann-Elbing.

Die Finsen-Behandlung und die Wiener „Lupusheilstätte", von Bruno Koch. (IX. Jber. d. V. „Lupusheilstätte", Wien 1913.) Es handelt sich um die Wiedergabe eines von Axel Reyn in der Zeitschrift Hospitaltidende, 1912, Nr. 36 in dänischer Sprache unter obigem Titel veröffentlichten Bericht. Reyn bespricht die Vorteile des Baues der Anstalt, hält es für wesentlich, daß die Lupusbehandlung besonderen Lupustherapeuten anvertraut ist. Exstirpation und Finsen-Behandlung, sagt er, sind die Hauptbehandlungen für Lupus vulgaris in Wien, und mit Recht; denn es sind die einzigen Behandlungsweisen, die bisher konstante und sichere Dauerresultate ergeben haben.

Georg Heymann-Elbing.

Bemerkungen zur Lupustherapie, von Leopold Freund-Wien. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) Auf Grund einer mehr als 18jährigen Erfahrung ist Verfasser der Meinung, daß wir, auch im Besitz aller Methoden, nicht imstande sind, den Lupus als eine absolut heilbare Krankheit zu bezeichnen. Er kann sich Lang nicht anschließen, daß, wofern nur der einzelne Lupusherd deutlich abgrenzbar ist, die Möglichkeit gegeben ist, im Gesunden zu operieren, die Zahl der Krankheitsherde und ihre Ausdehnung keine Kontraindikation für die radikale Entfernung abgeben. Bei vielen Patienten ist die Multiplizität der Lupuseffloreszenzen ein Beweis der endogenen Infektion (Finger), bei welchen die radikale Beseitigung der einzelnen Plaque nicht dem gelegentlichen Auftreten neuer Eruptionen an anderen Stellen vorbeugen kann. Es muß deshalb bei der Behandlung stets nach latenten Herden gefahndet werden; mit Hilfe des Röntgen-Verfahrens lassen sich oft geringfügige tuberkulöse Erkrankungen des Periosts oder der Knochen feststellen. Insbesondere sind im Kindesalter bei allen lupösen Erkrankungen die Knochen radiologisch zu untersuchen, und in positiven Fällen ist durch Sonnenlicht- oder Röntgen-Bestrahlung des kranken Knochens der primäre Herd zur Ausheilung zu bringen. Eventuell muß bei Gelenken die chirurgische Behandlung einsetzen. Verfasser ist ganz der Meinung Fingers, der immer wieder betont, daß die örtlichen Methoden nur die Lupusherde, nicht aber die Lupuskranken behandeln.

So sehr das Langsche Verfahren zu schätzen ist, soll man sich aber auch stets dessen bedeutendste Gefahren vor Augen halten, die darin bestehen, daß die Instrumente Gefäßlumina eröffnen, in welche Tuberkelbazillen hineingeraten und zu Metastasen oder gar Entwicklung tödlicher Miliartuberkulose Veranlassung geben können.

Auch die mit Recht hochgeschätzte Finsen-Behandlung hat ihre Schattenseiten, namentlich weil sie von so langer Dauer ist. Verfasser zeigt in einer Abbildung die Photographie eines jungen Mannes, der wegen Gesichtslupus drei Jahre in ununterbrochener Lichtbestrahlung stand (250—300 Sitzungen). Auf der Seite, wo gerade nicht behandelt wurde, breitete sich die Affektion weiter aus, der lupöse Prozeß rückte schneller vor als die Therapie. Gerade solche Fälle zeigen nach Freund den Wert der Röntgen-Behandlung, wodurch der Kranke in verhältnismäßig kurzer Zeit geheilt wurde.

Verfasser bedient sich seit Jahren des kombinierten Röntgen-Verfahrens, das in Vorbehandlung des lupösen Herdes mit dem scharfen Löffel und Lapisstift und nachfolgender Röntgen-Bestrahlung besteht. Auf Anregung von Dr. Mucha nimmt seit neuerer Zeit Verfasser die Vorbehandlung mit flüssiger Kohlensäure in der Weise vor, daß der Kohlensäureschnee 20—35 Sekunden unter größerem oder geringerem Druck

Digitized by Google

dem Infiltrate aufgepreßt wird. 6—8 Tage danach werden die entstandenen Exkoriationen Röntgen-Strahlen in Epilationsdosis exponiert. Die Reaktion danach ist sehr heftig, der Heilungsprozeß dauert 6—8 Wochen, die Resultate sind in der Regel jedoch ausgezeichnet. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Behandlung des Lupus vulgaris, von J. Goodwin Tomkinson-Glasgow. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) Die lange Dauer der Phototherapie des Lupus vulgaris findet Verfasser als einen großen Nachteil. Er bedient sich daher einer kombinierten Behandlungsmethode, die sich aus Kauterisation mit nachfolgender Röntgen-Bestrahlung zusammensetzt und die ihm ermutigende Resultate gibt. Zuerst wird die kranke Stelle mit 50%igem Salizylsäure-Kreosot-Pflastermull bedeckt, der alle Tage erneuert wird. Nach 7—10 Tagen konstatiert man bereits eine bedeutende Verringerung des tuberkulösen Gewebes. Die Läsion wird nun mit 20%iger wässeriger Kokainlösung abgespült, getrocknet und mittels des folgenden Präparates kauterisiert: (Acid. carbolic. 50%, Acid. lactic. 15%, Acid. salicyl. 15%, Alcohol absol. 20%, vor dem Gebrauch gut umschütteln). Sofort nach der Kauterisation wird folgende Lösung aufgetragen: Acid. carbol. 80%, Alcohol absol. 20%.

Von der ersten Kauterisation an gerechnet wird die betreffende Partie während 3—4 Monate wöchentlich einmal aufs neue kauterisiert. Gleichzeitig damit werden die Röntgen-Bestrahlungen vorgenommen. Alle 2—3 Tage wird 1/5 Sabouraud-Dosis appliziert, bis 5 solcher Teildosen gegeben sind. Dann wird eine Woche lang ausgesetzt. Alsdann beginnt eine neue Bestrahlungsserie in der gleichen Weise. Jetzt erfolgt ein Intervall von 14 Tagen, nach deren Ablauf man noch ein drittes Mal mit fünf 1/5-Sabouraud-Dosen bestrahlt. Damit ist die Röntgen-Behandlung beendet. Nach Beendigung der Kauterisationsbehandlung wird jede eingreifende Therapie für mehrere Monate ausgesetzt. Während der Intervalle wird eine Quecksilbersalbe aufgelegt und den Patienten Lebertran gegeben.

Verfasser hat an 250 Fällen diese Methode erprobt und nicht ein einziges Mal epitheliomatöse Entartung des Narbengewebes beobachtet. Die erzielten Narben sind weich und schmiegsam. Ein großer Vorteil der Methode ist die relative Kürze, nach dreimonatlicher Behandlung konnten die Patienten ihr normales Leben wieder aufnehmen.

Als eine weitere Behandlungsmethode des Lupus vulgaris empfiehlt Verfasser noch am Schluß seiner Arbeit die systematische direkte Sonnenbestrahlung. Er berichtet von einer Dame, die seit 25 Jahren an ausgedehntem Lupus des Gesichtes und Halses litt. Die Patientin setzte sich vom 1. Januar bis 3. Mai in Helouan täglich 5 Stunden der vollen Sonnenstrahlung aus. Der Kopf wurde zum Schutz gegen die direkte Sonnenstrahlung in ein Tuch eingeschlagen und um die Augen eine dunkle Binde gelegt. Nach ihrer Rückkehr suchte Patientin den Verfasser sofort auf, und er konnte bei der sorgfältigsten Untersuchung nicht ein einziges Lupusknötchen mehr entdecken.

Nach diesem und einem zweiten günstigen Falle scheint Verfasser der Gedanke einer geregelten Sanatoriumsbehandlung in Ägypten zur Bekämpfung der Tuberkulose wohl der Beachtung für würdig. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Finsen-Lichtbehandlung am London-Hospital 1900—1913, von J. H. Sequeira-London. (Strahlenther., 1914, Bd. 3, H. 1.) Die am London-Hospital behandelten Lupusfälle teilt Verfasser in fünf Gruppen ein:

A. Fälle, die nach Abschluß der Behandlung keinen Rückfall erlitten = 544. B. Fälle, bei denen die Krankheit unter der Bestrahlung schwand, bei denen jedoch ab und zu Rezidive auftraten, die sich aber bald beseitigen ließen = 117. C. Fälle, bei denen die Behandlung zwar nützte, die aber nie ganz frei von Erscheinungen waren = 161. Bei vielen von diesen waren die Nasennebenhöhlen in großer Aus-

Digitized by Google

dehnung erkrankt. D. Hoffnungslose Fälle = 31. Irgend eine Beeinflussung durch Licht war hier nicht zu konstatieren. Meist waren es solche von schlechter Körperkonstitution. E. Unvollständig behandelte Fälle = 127. Außer diesen Patienten mit Lupus vulgaris wurden noch 94 Fälle von Lupus erythematosus und 13 von Ulcus rodens mit Finsen-Licht behandelt. Die gezeitigten Erfolge wurden nicht ausschließlich mit Finsen-Licht erzielt, sondern auch zum Teil, namentlich bei ulzerösem Lupus, mit Röntgen-Strahlen. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Behandlung des Lupus mittels Diathermie, von E. Jacobi-Freiburg i. B. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) Auf die Empfehlung Nagelschmidts hat Verfasser die Behandlung des Lupus vermittels der chirurgischen Diathermie, d. h. durch Koagulierung, in Angriff genommen. Die Methode hat viele Vorteile, wenngleich sie in ihrer jetzigen Form eine elektive Wirkung nicht besitzt. Zu den Vorzügen ist vor allem der Umstand zu rechnen, daß eine Mestastasenbildung auf dem Blut- oder Lymphwege dabei ausgeschlossen ist; durch die Koagulierung werden die Gefäße thrombosiert und die Bazillen zum Absterben gebracht. Ferner kann man eine so tiefgreifende Koagulierung hervorrufen, daß alle Ausläufer des lupösen Gewebes, mögen sie noch so tief reichen, getroffen und zerstört werden. In einer Sitzung kann man ausgedehnte Flächen koagulieren; zur Beseitigung eines Lupusherdes von mehreren Zentimetern Durchmesser genügt eine Minute. Ein besonderer Vorzug der Diathermiebehandlung besteht noch darin, daß der Schleimhautlupus, der sonst so schwer zu beseitigen ist, durch sie rasch und sicher geheilt wird. Alle Formen des Hautlupus, auch die verrukösen und hyperkeratotischen an Händen und Füßen werden durch die Diathermie leicht geheilt. Der Hauptnachteil der Methode ist das Fehlen der elektiven Wirkung, was sich namentlich im Gesicht am störendsten fühlbar macht, so daß die Diathermie hauptsächlich bei Lupus des Körpers und der Extremitäten indiziert erscheint. Das kosmetische Resultat ist hier ein durchaus befriedigendes. Die Technik bietet nicht geringe Schwierigkeiten. Um die Größe der differenten Elektrode, die Stromstärke und die Dauer der Behandlung richtig zu wählen, dazu gehört schon viel Übung und Erfahrung, die durch Versuche am lebenden Tiere gewonnen werden können. Überhaupt ist die richtige Dosierung, die vorläufig nur empirisch bestimmt und gelernt werden kann, ein noch schwacher Punkt der Diathermiebehandlung. Wegen der großen Schmerzhaftigkeit des Verfahrens ist bei ausgedehnten Lupusfällen die allgemeine Narkose zu empfehlen. Verfasser gibt dann eine genaue Beschreibung der Technik, wie sie an der Freiburger Hautklinik geübt wird. Die Nachbehandlung der diathermierten Stellen geschieht in der Weise, daß einige oberflächliche Inzisionen durch die koagulierten Hautpartien gemacht werden, um den Abfluß der Sekrete zu erleichtern, alsdann werden Verbände mit schwach antiseptisch wirkenden Lösungen bis zur Abstoßung der Schorfe gemacht. Sekundäraffektionen wurden dabei niemals beobachtet. Die Resultate sind als günstig zu bezeichnen; von einer Statistik sieht Verfasser vorläufig ab, weil seine ältesten Fälle kaum $2^1/_2$ Jahre her sind. Nicht alle Fälle blieben an den diathermierten Stellen rezidivfrei, was jedoch Verfasser auf die im Beginn noch nicht hinreichend beherrschte Technik schiebt. Auch das den Lupus so häufig komplizierende Skrofuloderma heilte sehr schön unter der Diathermiebehandlung. — Nach seinen Erfahrungen hält Jacobi die Diathermie für eine höchst wertvolle Waffe im Kampf gegen den Lupus.

Heinrich Rausch-Darmstadt

Über kombinierte Behandlung des Lupus mit Alttuberkulin und Aurum-Kalium cyanatum, von Bettmann-Heidelberg. (M. m. W., 1913, Nr. 15.) Diese von Bruck und Glück vorgeschlagene Behandlungsart hat Verfasser bei einer Serie von 16 Lupuskranken angewandt und hat zum mindesten damit eine vorübergehende günstige

Digitized by Google

Beeinflussung des Hautleidens erzielt. Es wurden 16 Patienten der Kur unterzogen, wobei die Infusionen in Abständen von zwei oder mehr Tagen gegeben wurden bis zur Einverleibung von etwa 0,4 des Salzes in 32 bis 43 Tagen. Unter den so gegebenen 250 Einspritzungen verlief nur eine einzige unglücklich, indem sich dabei ein schmerzhaftes subkutanes Infiltrat entwickelte, das ohne weitere Folgeerscheinungen langsam wieder zurückging. Wie man sich den Vorgang der therapeutischen Einwirkung bei dieser Methode vorzustellen hat, ist, wie B. darlegt, noch sehr diskutabel. Vielleicht dient das Salz als „Leitschiene" für das Tuberkulin. Auffallend war es jedenfalls, daß bei dieser kombinierten Behandlung Patienten, welche vorher Tuberkulin reaktionslos vertragen hatten, alsbald auf dasselbe fieberhaft reagierten, wenn sie vorher die Aurumeinspritzung erhalten hatten. Ferner fand B. eine Bestätigung der von Heubner beobachteten Einwirkung des Goldsalzes auf die Gefäße in dem Umstand, daß bei seinen Injektionen häufig Hautblutungen an der Infusionsstelle (ohne weitere Nachteile) hervortraten. Philippi-Salzschlirf.

Weiterer Beitrag zur Chemotherapie der äußeren Tuberkulose, von A. Strauss-Barmen. (M. m. W., 1912, Nr. 50.) Verfasser hat sehr günstige Resultate erzielt mit den von T. Finkler-Bonn eingeführten Agentien Jodmethylenblau und Kupferchlorid bei einer Serie von über 70 Lupusfällen und einer Beobachtungsdauer von mehr als einem Jahr, und die der Arbeit beigegebenen Abbildungen und Krankengeschichten von einigen der behandelten Fälle lassen die neue Behandlungsmethode außerordentlich empfehlenswert erscheinen. Es wird dabei gleichzeitig eine örtliche und eine allgemeine Behandlung bezweckt. Lokal kommen Salben in Anwendung, welche aus anorganischen (wenn es sich um Erzielung einer Reizwirkung handelt) oder aus komplexen, organischen (milder wirkenden) Kupfersalzen bestehen nebst Lezithin und einem Zusatz einer wässerigen gesättigten Jodmethylenblaulösung. Letzterer unterbleibt auch in manchen Fällen. Die Salben sind ohne Fett mit Alkohol hergestellt. Die Allgemeinbehandlung wird durch Injektionen mit den komplexen Kupfersalzen ausgeführt mit oder ohne Zusatz von Lezithin und mit einer Beigabe von 0,5 ccm einer 1%igen Kokainlösung auf das ccm Lösung, da sonst ziemlich erhebliche Schmerzen hervorgerufen werden. Die Injektionen werden intramuskulär oder intravenös ausgeführt. Auch kann man die Kupfersalze sowie das Jodmethylenblau in Kapseln eingeschlossen per os geben, und auch andere Applikationsmethoden können zur Anwendung kommen. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung des Lupus mit Kupferpräparaten, von J. Sélley-Budapest. (Orv. Ujsag., 1913, Nr. 52.) Die Straußschen komplexen Kupfersalze verursachen bei der Injektion solche außergewöhnlich starke Schmerzen, daß S. ganz davan absehen mußte. Sie können unter die Haut nicht injiziert werden, weil sie große ausgedehnte Nekrosen hervorrufen. Die Injektionen in die Glutäen können mit sehr tiefen Gewebszerstörungen einhergehen. Zur lokalen Behandlung des Lupus benutzte Verfasser Kuprumsalbe (Kupfer + Methylenblau). Die Salbe reizt stark, die Anwendung ist sehr schmerzhaft, auch mit Zykloform verursacht es große Schmerzen. Das lupöse Gewebe geht zugrunde, und ein zumeist bläulicher Fleck bezeichnet den früheren tuberkulösen Prozeß. Eine solche zurückgebliebene Plaque ist glatt und zeigt keine Lupusknoten mehr. Porosz-Budapest.

Die Behandlung der Hauttuberkulose mit Aurum-Kalium cyanatum, von J. Geber-Budapest. (Gyógyászat, 1913, Nr. 39.) G. beobachtete in zehn Fällen nach der intravenösen Dosierung des von Bruck und Glück empfohlenen Aurum-Kalium cyanatum bei tuberkulösen Erkrankungen der Haut eine entschiedene Besserung des

Digitized by Google

pathologischen Prozesses. Neben dieser Behandlung wurde äußerlich Pyrogallol und Lichttherapie angewandt, um so die lange Heilungsperiode abzukürzen.

Porosz-Budapest.

Die venöse Anwendung des Merckschen Aurum-Kalium cyanatum bei Lupus vulgaris, von F. Poór-Budapest. (Gyógyászat, 1913, Nr. 39 und D. m. W., 1913, Nr. 47.) In zwölf Fällen von denen Poór fünf eingehend schildert, hat das Merckesche Aurum-Kalium cyanatum ganz allein die Tuberkulose der Haut, namentlich den Lupus vulgaris, vorteilhaft beeinflußt. Die Infiltrationen werden aufgesogen, sie werden flach, das Sezernieren der Wunden nimmt ab, und bald beginnt auch der Epithelneubildungsprozeß, aber 12—24 Infusionen bei einer Dosierung von 0,01—0,05 g sind auch bei lupösen Plaques von kleinerer Ausdehnung nicht geeignet, damit allein in solch kurzer Zeit einen vollkommenen Erfolg zu erreichen. Mit Rücksicht auf die Intoxikation wurde von der Anwendung von größeren Dosen als 0,05 g von der ununterbrochenen und längeren Behandlung Abstand genommen. Nach den ersten 12—13 Infusionen wurde eine ein- bis zweiwöchige Pause eingeschaltet, und nach Verlauf derselben wurden wieder 10—12 Infusionen gegeben. Das Mittel ist für die allgemeine Praxis noch nicht reif. Es ist aber wünschenswert, daß Anstalten vorsichtig und für längere Zeit Versuche damit anstellen.

Porosz-Budapest.

Beitrag zum Wesen der Tuberkuloseimmunität, von Römer-Greifswald. (D. m. W., 1914, Nr. 11.) Verfasser hat an mit Rindertuberkelbazillen geimpften Schafen versucht, durch Immunserum, das von schwach infizierten Schafen stammte, Immunität zu erreichen, oder wenigstens die Schwere der Infektion zu mindern. Es ist ihm in einem Falle gelungen, wo die Kontrolltiere 37—42 Tage post infectionem starben, durch Seruminjektionen vor und nach der Impfung zwei Tiere am Leben zu erhalten. Bei den später vorgenommenen Sektionen — das eine Tier wird nach 10 Monaten getötet, das andere stirbt nach $1^1/_2$ Jahr an schwerer Distomatosis der Leber — finden sich im ersten Falle einige verkäste, kalkige Herde in den Lungen und Bronchialdrüsen, das zweite Tier war völlig frei von Tuberkulose. Diesen positiven Befund schreibt er der Übertragung des artgleichen Serums zu und hauptsächlich der Einspritzung vor der Impfung. Versuche mit artfremdem Serum hatten keinen Erfolg. So ist bei aktiv immunen Tieren sicher nicht nur mit einer zellulären Immunität zu rechnen, sondern es sind im Serum Antikörper vorhanden, die eben nur im homologen Organismus genügend hoch bleiben, um schützende Wirkungen auszuüben.

Junghanns-Dresden.

Durch Tuberkelbazillen erzeugte Immunität gegen Tuberkulose, von Siebert-Marburg. (D. m. W., 1914, Nr. 11.) Die vorliegenden Versuche an mit Rindertuberkelbazillen geimpften Meerschweinchen bringen einen neuen Beweis, daß schwach tuberkulöse Infektionen gegenüber später folgenden schweren Infektionen einen mehr oder weniger starken Schutz verleihen. Der Grad des verliehenen Schutzes hängt, abgesehen von der Art der Vorbehandlung, ab von der Schwere der Nachinfektion. Auf eine Infektion, die nicht vorbehandelte Kontrollen nach durchschnittlich 30 Tagen tötete (10 mg virul. Tb.), ging ein vorbehandeltes Tier erst nach 74 Tagen zugrunde. Eine bei frischen Tieren nach durchschnittlich 38 Tagen zum Tode führende Infektion (1 mg virul. Tb.) überlebten vorbehandelte Tiere durchschnittlich 123 Tage lang und starben an kavernöser Lungenphthise. Gegen eine frische Tiere nach 52 Tagen tötende Infektion ($^1/_{1000}$ mg virul. Tb.) erwies sich ein schutzgeimpftes Meerschweinchen völlig immun. In den Lungen tuberkulöser Meerschweinchen treten nach schwerer Nachinfektion Veränderungen, insbesondere Kavernen, auf, die dem Bilde der menschlichen kavernösen Lungenphthise äußerst ähnlich sind.

Junghanns-Dresden.

Digitized by Google

Multiple subkutane Tuberkulose im Anschluß an die Zirkumzision und deren Behandlung mit Tuberkulin, von S. T. Champtaloup-Otago. (Brit. m. J., 11. April 1914.) Ein 10 Monate altes Kind wurde dem Verfasser wegen multipler subkutaner Abszesse, welche seit etwa 8 Monaten sich entwickelt hatten, zur Behandlung überwiesen. Die bakteriologische Untersuchung ergab eine tuberkulöse Infektion. Letztere war wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß das Kind von einem an schwerer tuberkulöser Laryngitis leidenden Arzte operiert und wohl während der Operation infiziert worden war. Injektionen von Tuberkulin führten völlige Genesung herbei.

Philippi-Salzschlirf.

Primäre Hauttuberkulose (ein Fall von Spuckfläschcheninfektion), von Wilhelm Holland. (Norsk Mag. f. Laegevidenskaben, 1914, Nr. 6.) Eine Pflegerin stach sich an einem zerbrochenen Dettweilerschen Speifläschchen während dessen Reinigung in die rechte Zeigefingerkuppe; es entwickelte sich ein tuberkulöses Geschwür, das einer Tuberculosis cutis miliaris ulcerosa sehr ähnelte. Durch wechselnde Behandlung mit Pyrogallol, Resorzin, Lapisumschläge und Bleisalbe trat volle Genesung nach fünf Monaten ein.

Wilh. Holland-Kristiania.

Über Schleimhauttuberkulose, von Walb-Bonn. (Tuberculosis, 1913.) Für kleinere Herde auf den Schleimhäuten empfiehlt Verfasser die Galvanokaustik; für größere den Paquelin. Von chemischen Mitteln kommt neben der Milchsäure 10%ige, mit Spiritus versetzte Karbolsäure in Betracht. Letztere wurde mittels Spray auf die vorher kurettierte Geschwürsfläche aufgebracht. Die örtliche Behandlung kann wesentlich durch die innerliche Darreichung von Alttuberkulin unterstützt werden. Dem Verfasser ist es gelungen, in einer großen Anzahl von Fällen durch die dauernde, jahrelang fortgesetzte Anwendung von Sublimat (1 : 1000), welches mit Tampons in die Nase eingeführt wird, die Nase geheilt zu erhalten.

Peyser-Harburg.

Herpetiforme Eruption bei einer Tuberkulösen, von Jourdanet. (Lyon méd., 1914, Nr. 25.) Bei einer 22jährigen Patientin mit einer Spitzenaffektion trat zwei Monate nach deren Beginn eine Eruption auf, die in Knötchen und Pusteln bestand. Sie waren in Gruppen und Kreisen angeordnet. Sie standen auf normaler Haut und trugen stellenweise eine kleine Kruste. Die Klassifizierung der Dermatose ist sehr schwer.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bemerkungen zur Lupustherapie, von Erich Kuznitzky-Breslau. (Strahlenth., 1914, Bd. 4, H. 2.) Verfasser wendet sich ebenso wie Freund gegen den etwas zu einseitigen Standpunkt Langs, um neben der operativ-plastischen Methode auch den anderen bewährten Behandlungsarten wieder mehr zu ihrem Rechte zu verhelfen. Er ist der Ansicht, daß die Gefahren bei den energischen Zerstörungsmethoden, wie Ätzmittel, Auslöffelung usw. sehr überschätzt werden. In Breslau wurde unter zirka 700 Lupusfällen der letzten 10 Jahre keiner verloren, bei dem man eine im Anschluß an die Exkochleation aufgetretene Verschleppung der Tuberkulose hätte annehmen können. Nach der Erfahrung des Verfassers ist bei den gerade in Breslau häufigen Lupusfällen größeren Umfangs die Kombination verschiedener Methoden dem chirurgisch-plastischen Verfahren mindestens gleichzustellen, eventuell sogar vorzuziehen. Neben der Lokalbehandlung wird namentlich bei Kindern auch die Allgemeinbestrahlung mit der „Höhensonne" in Breslau mit Erfolg geübt. Fisteln und Knochenerkrankungen werden mit harten, durch 3 mm Aluminium gefilterten Röntgenstrahlen behandelt. Beim Schleimhautlupus hat sich die Auskratzung mit nachheriger Ätzung durch Milchsäure oder noch besser Pyrogallussäure gut bewährt. Der plane Knötchenlupus wird mit Finsen-Licht bestrahlt, das Verfasser der medizinischen Quarzlampe vorzieht, beim ulzerierten und stark infiltrierten Lupus ist die Röntgenbestrahlung die Methode der

Digitized by Google

Wahl. Vorher wird auf mechanischem Wege möglichst viel lupöses Gewebe entfernt. Bei schweren, ausgedehnten Lupusfällen wird neben der Lokalbehandlung stets auch eine konsequente Injektionskur mit Alttuberkulin vorgenommen.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Behandlung des Lupus mit dem Friedmannschen Tuberkuloseheilmittel, von A. Brauer-Danzig. (D. m. W., 1914, Nr. 17.) Die vom Verfasser an elf Patienten vorgenommenen Versuche mit dem Friedmannschen Tuberkulin ergaben betreffs Einwirkung auf Allgemeinbefinden und Lokalreaktion gänzliche Ungefährlichkeit. Ein Heilerfolg war bei allen Patienten und bei jeder Form zu konstatieren. Besonders ausgesprochen war der therapeutische Effekt bei den sukkulenten, stärker entzündlichen, hyperämischen Lupusformen, weniger gut, aber deutlich erkennbar bei den in makroskopisch normaler Umgebung liegenden zirkumskripten, braunen Infiltraten; bei den in straffes Narbengewebe eingebetteten Knötchen konnte niemals die geringste Veränderung beobachtet werden. Schleimhäute wurden ebenfalls günstig beeinflußt. Die Besserung zeigte sich in Abflachung der Infiltrate, die zum Teil unter Desquamation schrumpften, im Verschwinden der Entzündung und Epithelisierung der Ulzerationen. Die Besserung hielt jedoch nie länger als drei Wochen an, dann trat Verschlimmerung ein. In keinem Fall konnte sich der erzielte Effekt nach sechs Wochen — dem frühesten Reinjektionstermin, nach Friedmann — mit dem in der gleichen Zeit durch lokale Behandlung erzielten vergleichen. Verfasser empfiehlt das Mittel zur Nachprüfung unter modifizierter Dosierung.

Stommel-Dresden.

Diathermiebehandlung bei Lupus vulgaris, von Oscar Salomon-Koblenz. (M. Kl., 1914, Nr. 4.) Salomon praktiziert in einer an Lupus ganz besonders reichen Gegend, und hat alle im Laufe der Jahre vorgeschlagenen Heilmittel: Finsen-Reyn-Lampe, Quarzlampe, Röntgen, Radium und das besonders vorzügliche Veielsche Pyrogallussalbenverfahren in Anwendung gebracht und auch die chirurgische Behandlung versucht, ist aber von seinen Erfolgen mit der Diathermiebehandlung so befriedigt, daß er jetzt fast nur noch diese Methode anwendet. Die Zerstörung geht schnell und die Narbenbildung nach Diathermie ist nur um so schöner, je weniger man sie beeilt; man tut gut daran nach dem Vorschlage Nagelschmidts durch eine $^1/_2$%ige bis 1%ige bis 2%ige Pyrogallussalbe die Verheilung etwas aufzuhalten. Die Erfolge sind sowohl kosmetisch gute, als auch in bezug auf die Ausheilung befriedigende.

Lasch-Breslau.

Ein durch Jodtinktur geheilter Fall von Lupus vulgaris, von E. G. Kennedy-Ferozepore. (Brit. m. J., 28. März 1914.) Bei einer 21 jährigen Hindufrau, welche sechs Jahre an Ulzerationen am Halse und dem Gesicht gelitten hatte, erzielte K. im Laufe von fünf Monaten eine vollständige Heilung lediglich durch tägliche Pinselungen mit Jodtinktur. Es handelte sich der Beschreibung nach um typische Lupusgeschwüre von sehr erheblicher Ausdehnung.

Philippi-Salzschlirf.

Nasenersatz bei Lupus vulgaris, von Oscar Salomon-Koblenz. (M. Kl., 1914, Nr. 6.) Angeregt durch die „Wunderwerke" von künstlichen Nasen, die Salomon auf dem Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Wien gesehen hatte, widmete er der Herstellung solcher Nasen große Mühe. Die künstlichen Nasen in Wien waren von echten kaum zu unterscheiden, ihre Ansatzstellen nur aus allernächster Nähe und mit Mühe zu finden und waren aufgeklebt, während die bisher im Gebrauch gewesenen künstlichen Nasen mehr oder weniger gut bemalt, aus Aluminium oder Zelluloid an einer eigens für den Patienten konstruierten Brille hingen. Da Herr Hennings in Wien das Geheimnis der Herstellung seiner Nasen nicht preisgeben wollte, mußten die Nachahmer selbst ihre Versuche anstellen und hatten als Basis für dieselben nur die durch das Anrühren der Nasen erlangte Gewißheit, daß das Material dem Zinkleim

Digitized by Google

nahe verwandt sein mußte. Davon ausgehend gelang es dem Verfasser, brauchbare Nasen herzustellen, denen das richtige Kolorit durch Farbenzusatz (meistens Ocker und Karmin in wässeriger Lösung) gegeben werden mußte. Die technische Ausführung muß im Originale selbst nachgelesen werden. Leider halten diese Nasen infolge von Wasserverdunstung nur 3—5 Tage, doch glaubt Salomon dem etwas vorbeugen zu können, wenn er nach dem Vorschlage von Zinsser auf Kosten des Wassers einen größeren Zusatz von Glyzerin verwendet; außerdem macht er Versuche mit dem das Wasser stark bindenden Kaolin als Zusatz. Außerdem meint Salomon, daß geschickte Lupuspatienten schnell selbst lernen werden, sich die Nasen herzustellen, und daß man auch bei weniger geschickten das mit einem etwas umständlicheren Verfahren würde erreichen können. Lasch-Breslau.

Zwei seltene Fälle von Hauttuberkuliden bei Kindern im frühesten Alter, von Ostrowski. (Russki Wratsch, 1914, Nr. 19.) In dem einen der beschriebenen Fälle fanden sich bei einem zweijährigen Kinde auf dem Kreuz und den Beinen einige kleine glänzende Papeln von der Größe eines Gerstenkorns. In dem anderen Fall war bei einem einjährigen Kinde die Brust, der Rücken und der Bauch mit glänzenden Papeln übersät. Pirquet in beiden Fällen positiv. Arthur Jordan-Moskau.

c. Syphilis.

Die Syphilis als Staatsgefahr und die Frage der Staatskontrolle, von A. Blaschko-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 35—38.) In der Einleitung seines auf dem XVII. Internationalen medizinischen Kongreß 1913 in London erstatteten Referates weist Bl. darauf hin, daß unstreitig der Hauptknotenpunkt der venerischen Infektion bei den Prostituierten liegt, und unter diesen sind gerade die Anfängerinnen der Prostitution, die Irregulären, die gefährlichsten. Keines der bestehenden Systeme — weder Reglementierung noch Internierung u. a. — haben bei den Prostituierten eine Ausrottung oder doch wesentliche Einschränkung der Geschlechtskrankheiten herbeigeführt; nach den zusammengestellten Beobachtungen einer Reihe von Verfasser trifft nämlich bei der Syphilis die Reglementierung die gefährlichsten Elemente gar nicht und sie ist überhaupt nicht imstande, die Blennorrhoe der Prostituierten in merklichem Grade zu beeinflussen.

Durch die Reglementierung glauben viele Gemeinden alles getan zu haben, was zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erforderlich ist und lassen sich so davon abhalten, andere erforderliche Maßnahmen zu treffen; die drückenden Polizeivorschriften, die ständige Abhängigkeit von den unteren Polizeiorganen schrecken die meisten der nicht unter Kontrolle stehenden Mädchen davon ab, sich im Erkrankungsfalle behandeln zu lassen, vor allem lassen sie sich aus Furcht vor der Einschreibung davon abhalten, ein Krankenhaus aufzusuchen. Ferner lassen viele Männer alle anderen Vorsichtsmaßregeln außer acht, da sie glauben, die sittenpolizeiliche Kontrolle gebe gewissermaßen eine gesundheitliche Garantie. Die Reglementierung und die damit verbundene Trennung von der übrigen Gesellschaft erschweren einerseits den besserungsfähigen Elementen den Weg zur Rückkehr zu einem geordneten bürgerlichen Leben, andererseits wird bei vielen der Prostituierten der letzte Rest von Verantwortungsgefühl gegenüber dem Staate und der Gesellschaft zerstört.

Daher kommt Bl. zur Ablehnung der polizeilichen Überwachung der Prostituierten als eines nicht geeigneten Mittels zur Beschränkung der Geschlechtskrankheiten. Auf der Suche nach einem Wege, den Gefahren der Prostitution in einer Weise entgegenzutreten, welche den Anforderungen der modernen Hygiene entspricht, den Zuständen des großstädtischen Milieus angepaßt ist und das moderne Rechtsempfinden nicht verletzt, kommt der Verfasser zur Erkenntnis, daß die Hauptmaßregel im Kampfe gegen

Digitized by Google

die Geschlechtskrankheiten vor allem in der Beschaffung leichter Gelegenheit zu jeder Art von Behandlung, besonders Spitalbehandlung besteht, und zwar für die besitzlosen Klassen auf dem Wege der unentgeltlichen Behandlung, für die arbeitenden Klassen auf dem Wege der Versicherung. Trotzdem werden natürlich nicht alle Menschen von dieser Einrichtung Gebrauch machen; es wird eine Reihe von Kranken geben, die sich nicht oder nur ungenügend behandeln lassen, und andere, welche trotz vorhandener Erkrankung weiter geschlechtlich verkehren und andere anstecken. Die ersteren wird man durch Aufklärung zur Behandlung bringen können. Bei den letzteren müssen Maßregeln Platz greifen, die billigerweise beide Geschlechter treffen, keine Abstempelung zu öffentlichen Prostituierten bedingen, keine Einschreibung, keine Kontrolle und keine Präventivsitte schaffen und eine Überwachung nicht durch die Polizei, sondern durch ein Gesundheitsamt veranlassen. Das wäre dann zu fordern: 1. Daß Individuen beiderlei Geschlechts, welche verdächtig sind, eine venerische Infektion zu verursachen, angehalten werden, dem kommunalen Gesundheitsamt ein Gesundheitsattest eines öffentlich hierzu autorisierten Arztes beizubringen. Verdächtig im Sinne dieser Bestimmung wären Individuen: a) wenn beim Gesundheitsamt eine Anzeige einläuft, daß sie eine venerische Infektion verursacht haben, b) wenn sie auf der Straße oder an einem öffentlichen Orte durch schamloses Benehmen (z. B. durch öffentliche Provokation zum Geschlechtsverkehr und dergleichen) öffentlichen Anstoß erregt haben. 2. Können die verdächtigen Personen ein solches Attest nicht beibringen, so ist zu verlangen, daß sie sich bis zum Nachweis erfolgter Heilung in ärztliche Behandlung begeben und dem Gesundheitsamte regelmäßig einen Nachweis dieser Behandlung bringen. 3. Eine Zwangsbehandlung würde nur eintreten, wo die Anordnungen des Gesundheitsamtes nicht befolgt werden[1]). Daneben haben natürlich viele andere, durch die Eigenart der jeweiligen Umstände bedingte, zweckentsprechende Schutzmaßnahmen und Verwaltungsmaßregeln ihre Berechtigung.

Oscar Gans-Hamburg.

[1]) In Form eines Gesetzesparagraphen gebracht, würde der Vorschlag etwa folgendermaßen lauten: Wer, obwohl er weiß oder den Umständen nach vermuten muß, daß er an einer Geschlechtskrankheit leidet, andere der Gefahr einer Ansteckung aussetzt, kann 1. durch die Gesundheitsbehörde angehalten werden, bis zur erfolgten Heilung in regelmäßigen Pausen amtsärztliche Bescheinigungen über seinen Gesundheitszustand beizubringen, 2. kann er nicht den Nachweis einer ausreichenden ärztlichen Behandlung erbringen, so kann er einer zwangsweisen Behandlung eventuell in einem öffentlichen Krankenhaus unterworfen werden, 3. ist durch ihn eine Ansteckung erfolgt, so kann er verurteilt werden, dem Geschädigten Schadenersatz zu leisten. Die Festsetzung der Schadenhöhe erfolgt im Verlaufe des Strafprozesses. (Wie man sieht, als Strafe weder Geld- noch Haftstrafe, sondern ausschließlich „sichernde Maßnahmen!“)

Verschiedenes.

In Wien gibt es außer einer Hebragasse nunmehr auch eine **Finsenstraße**; in der letzteren befindet sich die neue Lupusheilstätte.

Der mit dem Titel eines a. o. Professors bekleidete Priv.-Doz. Dr. Franz Šamberger an der tschechischen Universität in Prag wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. Oktober 1914 | Nr. 43 | Band 59

Aus dem Pellagrosarium zu Rovereto.

Einige praktische Bemerkungen über einen Fall von pellagrösem Erythem [1]).

Von

k. k. Sanitätsrat Dr. Guido de Probizer, Rovereto.

(Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. Rühl, Turin.)

(Mit 2 Abbildungen.)

Prof. Mense-Kassel veröffentlichte im vorigen Jahre im „Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene" einen Aufsatz (1), in welchem er über die Beobachtungen berichtete, die er bei Pellagrakranken im Pellagrosarium zu Rovereto und in der Irrenanstalt zu Pergine gemacht hatte. Er gibt zu, daß diese Beobachtungen zu einer für die akuten Ausbrüche der Krankheit nicht sehr günstigen Zeit gemacht worden waren und hebt die zunehmende Seltenheit hervor, mit der diese Formen heutzutage vorkommen. Er spricht kein absolutes Urteil über die verschiedenen Theorien hinsichtlich der Ätiologie der Pellagra aus, bemerkt jedoch, daß über diesen Gegenstand während der letzten Jahre „multa, aber nicht multum" geschrieben worden. Meines Erachtens ist dieser Ausspruch, auf die Pellagrafrage angewandt, zutreffend, wenn er im allgemeinen Sinne aufgefaßt wird. Ich glaube in der Tat, daß, wenn auch manche Theorien, die über die Ätiologie der Pellagra aufgestellt wurden, einer wissenschaftlichen Nachprüfung nicht standhalten konnten, ihnen dennoch das Verdienst gebührt, zu neuen Forschungen angeregt zu haben

Auch Mense lieferte einen Beitrag. Die Farbenreaktion des im Mundspeichel der Pellagrösen vorhandenen Ferrozyankaliums — die nicht immer positiv ausfiel — soll uns ein diagnostisches Mittel für die Pellagra abgeben, bietet jedoch in zahlreichen Fällen Schwierigkeiten dar.

Die Bemerkung Menses, daß seborrhoische Patienten öfter als die übrigen von pellagrösen Hauterythemen befallen werden, verdient Beachtung, ohne daß man dabei jedoch das, was Merk (2), Fiocco (3), Fiorani (4) und ich über diesen Gegenstand geschrieben haben (5 u. 6), aus den Augen zu verlieren hat.

[1]) Diese schon im Juni d. J. abgeschlossene Arbeit kann leider erst jetzt zum Abdruck gelangen. Red.

Digitized by Google

Es hat übrigens zuerst Rille (7) darauf hingewiesen, daß bei Pellagrösen bisweilen auffällige Grade von Seborrhoe vorkommen. So zeigte er auf der Meraner Naturforscherversammlung die Abbildung einer sehr intensiven Seborrhoea faciei, bei einer ihm von mir zugewiesenen Pellagrakranken aus Salurn, mit charakteristischem Erythem der Handrücken und bemerkte dazu, daß einzelne atypische Erythemlokalisationen (z. B. am weiblichen Genitale) statt wie gewöhnlich durch die Sonnenstrahlen, vielleicht manchmal durch eine solche Seborrhoe provoziert werden könnten; in der Tat war bei der erwähnten Patientin eine Dermatitis der Genitokruralregion zu konstatieren gewesen.

Fig. 1.

Mense schließt seinen interessanten Aufsatz mit folgenden Worten: „Befriedigender als diese theoretischen Erwägungen und Versuche sind die praktischen Erfolge der Pellagrabekämpfung in Tirol." Es ist jedenfalls richtig und gerechtfertigt, daß man aus derartigen „praktischen Ergebnissen" Schlußfolgerungen zieht; die Urteile „ex juvantibus et nocentibus" haben, wenn auf richtige Deutungen gestützt, ohne Zweifel auf medizinischem Gebiete gute Dienste geleistet, indem sie nicht nur die Anwendung von Heilmitteln, sondern die Erkennung der Gründe gefördert, aus denen gewisse Mittel günstig oder ungünstig wirkten.

Ich habe es nur für lohnend gehalten, einen jener „interessanten" Fälle zu veröffentlichen, die zu beobachten Mense während seiner Reise nicht das Glück hatte und die tatsächlich heutzutage sehr selten sind. Dieser Fall erscheint mir in manchen Beziehungen interessant, weil die in Menses Arbeit enthaltenen Bemerkungen gewisse Anhaltspunkte bieten, um ihn zu beleuchten.

Am 1. Mai d. J. — am Tage bevor ich mich auf 14 Tage von Rovereto entfernen mußte — sandte mir Stadtphysikus Dr. Bresadola ins Pellagrosarium eine junge Frau, die den Casalschen Kragen, die Pellagramaske und ein pellagröses Erythem auf den Handrücken und den Vorder-

Digitized by Google

armen aufwies. Diese Erscheinungen sind in Fig. 1 und 2 wiedergegeben. Die Krankengeschichte der Patientin lautet folgendermaßen:

T. S., 16 Jahre alt, aus Trient. Verbrachte ihre Kindheit auf dem Lande in der Umgebung Trients, zusammen mit ihrem Vater, der Bauer ist. Sie verlor in ihrer ersten Kindheit die Mutter; woran diese starb, ist unbekannt. Der Vater lebt und ist gesund, ebenso drei noch im kindlichen Alter stehende Schwestern.

Patientin machte sechsjährig den Keuchhusten und achtjährig die Masern durch. Sie menstruierte im Alter von 13 Jahren. Sie scheint in einem Hause, wo sie als Dienstmädchen untergebracht war, geschlechtlichen Verkehr mit einem jungen Manne gehabt zu haben.

Fig. 2.

Infolgedessen wurde sie von Trient entfernt und in eine Besserungsanstalt in Turin gebracht, wo sie 27 Monate blieb. Die Menses waren bisher stets unregelmäßig; es trat öfters Fluor albus ein. Während der letzten Zeit ihres Aufenthaltes in Turin trat ein feuchtes Ekzem an den Genitalien auf, das im Laufe eines Monats heilte, aber vor 5 Monaten, als Patientin zu ihrer inzwischen nach Rovereto übergesiedelten Familie zurückkehrte, von neuem ausbrach.

Während ihres 27 monatigen Aufenthalts in Turin hat Patientin nie Polenta genossen. Nach Hause zurückgekehrt, ernährte sie sich wieder fast ausschließlich mit Maiskost, indem sie wenigstens zweimal und oft sogar drei- bis viermal täglich Polenta verzehrte. Gegen Ende März d. J. traten Magenstörungen ein. Das Ekzem hatte sich inzwischen bedeutend gebessert und war auf die Leistenbeuge beschränkt. Es zeigte sich abwechselnd Durchfall und Stuhlverstopfung.

In der ersten Hälfte des Aprils d. J. traten die ersten Zeichen eines Erythems der Hände auf, das sich nach kurzem bis zum oberen Drittel der Vorderarme ausdehnte. Es entwickelte sich die Pellagramaske und der CASALsche Kragen, und Patientin wurde in diesem Zustande ins Pellagrosarium zu Rovereto aufgenommen.

Die im Verhältnis zu ihrem Alter normal entwickelte Patientin wies weder Zeichen von Kachexie noch Abnormitäten der inneren Organe auf. Das zwar sehr ausgesprochene

Digitized by Google

Erythem befand sich bereits in der Regressionsphase. Die Zunge war gerötet und zeigte Epithelverluste.

Patientin klagt über ein Gefühl von Ameisenkriechen in den oberen Gliedmaßen. Die Patellarreflexe sind sehr lebhaft; der Chvosteksche und die periostealen Reflexe fehlen. Es besteht eine vermehrte Sekretion der Vagina fort. Nach Dr. Bresadolas und meiner Ansicht besteht keine Beziehung zwischen der ekzematösen und der erythematösen Affektion; höchstens kann man — und dies möchte ich besonders hervorheben — eine besondere Neigung der Patientin zu Dermatosen im allgemeinen annehmen.

Es seien mir nun hier einige Betrachtungen gestattet. Bekanntlich wurde im Trentino ein lebhafter Kampf gegen die Pellagra veranstaltet, über dessen Resultate ich bereits 1912 auf dem pellagrologischen Kongreß in Bergamo (6) berichtet habe, und später Dr. E. Weiss (8) auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Wien. Ich habe bei meiner Berichterstattung in Bergamo die Tatsache besonders betont, daß die bei uns erfolgte rasche Besserung der Pellagraendemie in erster Linie auf die strenge Durchführung der Maiskontrolle zurückzuführen war, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil die Besserung außerordentlich rasch eintrat. Seitdem die mißbräuchliche Einführung von schlechtem Mais auf den hiesigen Markt verhindert wurde, sind die schweren Formen von Pellagra zum größten Teil verschwunden. Offenbar kann man nicht in wenigen Jahren die hygienischen und ökonomischen Verhältnisse einer ganzen Bevölkerung ändern; jedenfalls trugen oder tragen aber diese dazu bei, die erzielten Vorteile zu befestigen.

Aus dem oben beschriebenen Fall sind auch einige wichtige Umstände in bezug auf die Maiskost hervorzuheben. Es ergab sich nämlich bezüglich des Maismehles, das in der betreffenden Familie verwendet wurde, folgendes: a) daß 5 bis 10 Kilo gutes Mehl auf einmal gekauft wurden; b) daß das Mehl in einem an einer feuchten Mauer im Erdgeschoß stehenden Schrank aufbewahrt wurde; c) daß die Polenta oft in diesem Schrank aufbewahrt und am nächsten Tage kalt genossen wurde; d) daß in den Fugen des Schrankes Spuren von grünen Schimmelpilzen nachweisbar waren.

Diese Tatsachen führen mich zu folgenden Betrachtungen:

Es liegt uns der Fall von einer Person vor, die während 27 Monaten keine Polenta genossen hatte und dann während 4 Monaten wieder reichlich, ja fast ausschließlich Polenta verzehrte. Neben diesem Mißbrauch von Maismehl, der schon an und für sich vielleicht genügen würde, um Pellagraerscheinungen hervorzurufen, treten noch zwei weitere Faktoren ins Feld, nämlich einerseits der Umstand, daß das Mehl an einem feuchten Orte aufbewahrt wurde und dort verschimmelte, und andererseits eine besondere Neigung der Patientin zu Dermatosen. Ich

Digitized by Google

glaube nicht irrezugehen, wenn ich die Ansicht vertrete, daß es sich in dem beschriebenen Fall um Pellagra mit Haut- und Darmmanifestationen handelte, und daß das betreffende Krankheitsbild dem von DEVOTO (9) beschriebenen entspricht.

Ohne Zweifel werden nicht alle diesem Urteil beipflichten, während wir einem so reichen Aufblühen von Hypothesen über die Genese der Pellagra gegenüberstehen; ich bin jedoch der Ansicht, daß sich der beschriebene Fall dazu eignet, die DEGIOVANNIschen somatischen Zeichen und die Beobachtungen BEZZOLAS über die Maiskost in Betracht zu ziehen. Jedenfalls wäre es wichtig gewesen, wenn die histologische Untersuchung die bei dem Kongreß in Bergamo von FIOCCO gemachten Angaben bestätigt hätte.

Ich will noch erwähnen, daß ich 1910 in der Rivista pellagrologica (10) einige kurze Bemerkungen über das Auftreten der Hauterytheme veröffentlichte, das bekanntlich mit dem Einfluß des Lichtes auf den Farbstoff des Maises in Zusammenhang gebracht worden war, und bei dieser Gelegenheit hob ich hervor, daß in gewissen besonderen Fällen die Haut als Ausscheidungsorgan für die Materia peccans fungieren könnte. Bereits GALENUS sagte: „Die Natur sorgt fortwährend in der Weise für die Reinigung des Blutes, daß sie für den Organismus schädliche Stoffe aus den lebenswichtigen Organen durch den Magen, durch den Darm oder durch oberflächlichere Körperteile ausscheidet." Ich habe diese Worte von GALENUS zitiert und dieser Anschauung Ausdruck gegeben, nur weil es mir unzweifehaft erscheint, daß es Individuen gibt, die mehr als die übrigen zu derartigen Hautmanifestationen der Pellagra neigen. Ob es sich dabei um Menschen mit einer besonderen Schweiß- oder, wie MENSE behauptet, Talghypersekretion handelt, das muß erst noch nachgewiesen werden. Ich für meinen Teil habe immer das Hauterythem für ein nicht notwendiges Symptom, d. h. für ein Symptom gehalten, das sozusagen das pathologische Bild der Pellagra bestätigt, und habe, ohne diesem Symptom seinen Wert absprechen zu wollen, stets die Ansicht vertreten, daß man, wenn man demselben eine geringere Bedeutung zugeschrieben und das klinische Bild der internen Pellagra eingehender untersucht hätte, eine richtigere Statistik der Pellagra sine Pellagra gewonnen hätte, die durchaus nicht selten ist.

Als ich im Begriff stand, diese meine kurze Abhandlung zu schließen, erhielt ich eine neue Arbeit (11) von ALESSANDRINI und SCALA; diese Autoren kommen zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. daß die Pellagra nicht in absoluter Abhängigkeit von der Maiskost steht; 2. daß die Pellagra eine geographisch streng lokalisierte Krankheit ist, beschränkt auf Zonen, in denen Wasser getrunken wird, das mit Kieselsäure in Berührung gewesen ist.

Digitized by Google

Zu gleicher Zeit bekam ich eine Arbeit (11) von ALBERTONI und TULLIO; diese Autoren bestätigen die von LUSSANA und kürzlich von dessen Sohne (12) vertretene aplastische Theorie der Maisdiät.

Schließlich soll aus Drahtnachrichten bekannt geworden sein, daß BABES den Bazillus der Pellagra entdeckt habe. Zu erwähnen sind am Ende auch noch die Untersuchungen von FUNK über die Vitamine, die meines Erachtens eine wichtige Beziehung zur Maiskost haben können.

Es bereiten sich jedenfalls neue lebhafte Diskussionen vor, und der Pellagrakongreß, der im nächsten Jahre in Verona stattfinden soll, verspricht erregte Debatten.

Wir, Schüler von LOMBROSO, werden ihm bei Gelegenheit der Enthüllung seines Denkmals unsere Ehrerbietung bezeugen, da wir wissen, daß die Siege, die wir in dem Kampfe gegen die Pellagra errungen haben, auf das italienische Gesetz von 1902 und das österreichische Gesetz von 1904 zurückzuführen sind, die sich auf die Auffassung LOMBROSOS stützen.

Literatur.

(1) MENSE, Reisebeobachtungen über Pellagra. Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., Leipzig 1913, Bd. 17, S. 788—793. — (2) MERK, Die Hauterscheinungen der Pellagra. Innsbruck 1909. — (3) FIOCCO, G. B., Istopatologia dei pellagrodermi. Atti del V. Congresso pellagrol. italiano. Udine 1912, S. 305—310. — (4) FIORANI, P. L., Erythema pellagrosum und Erythema solare. Arch. f. Derm., Bd. 112, S. 116—119. — (5) v. PROBIZER, Praktische Bemerkungen zur Diagnose der pellagrösen Hautveränderungen. Derm. W., 1913, Bd. 56, S. 637 f. — (6) DE PROBIZER, Quadro generale della lotta contro la pellagra. Atti del V. Congresso di Bergamo. Udine 1912, S. 157, 158. — (7) RILLE, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jena 1902, S. 37. — (8) WEISS, ETTORE, Die Pellagra in Südtirol und die staatliche Bekämpfungsaktion. Öst. San.-Wesen, 7. Mai 1914, Bd. 26, H. 19. — (9) DEVOTO, Patologia clinica e terapia della Pellagra. Trento 1913. Lezioni tenute a Rovereto, 24 e 25 Maggio. — (10) DE PROBIZER, Osservazioni intorno a nuove ricerche sull' eziologia della pellagra. Riv. pellagrologica, X, 1910, S. 74. — (11) ALESSANDRINI, GIULIO E SCALA, ALBERTO, Contributo nuovo alla etiologia e patogenesi sulla pellagra. Roma 1914, Tipografia Nazionale di G. Bertero. — (12) ALBERTONI, P. e TULLIO, P., L'alimentazione maidica nel sano e nel pellagroso. Bologna 1914. (13) LUSSANA, FELICE, Sulla dottrina ipoalimentare ed aplastica della Pellagra. Bergamo 1912.

Digitized by Google

Aus der Praxis.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des k. und k. Garnisonspitals Nr. 7 in Wien (Vorstand: Regimentsarzt Dr. FRANZ URPANI).

Über Embarin.

Von

Regimentsarzt Dr. HANS SZERDOTZ, Sekundararzt der Abteilung.

Auf unserer Abteilung wurden 32 Fälle mit Embarin behandelt. 3 Fälle erhielten die Injektionen subkutan, 29 intramuskulär. Besser vertragen wurden die intramuskulären Injektionen. Die ersten 2 Fälle erhielten täglich eine volle Dosis, worauf sich bei beiden eine Stomatitis einstellte, welche bei einem trotz peinlichster Mundpflege so hartnäckig wurde, daß die Embarinkur abgebrochen werden mußte. Wir verabreichten daher den übrigen 30 Fällen die Embarininjektionen nach folgendem Schema:

1., 2., 3. Injektion jeden 2. Tag à $^1/_2$ Ampulle,
4., 5. „ täglich à $^1/_2$ „

dann täglich ganze Ampulle. Nach jeder 10. Injektion 3—5 Tage Pause.

Nach dieser Methode erhielten 1 Fall 30, 1 Fall 22, 26 Fälle 10, 1 Fall 15 Injektionen ohne irgend welche Beschwerden. Bei einem Fall mußte nach der 9. Injektion abgebrochen werden, weil sich bei ihm nach der 8. Injektion (nachdem er 7 Injektionen anstandslos vertragen hatte) ein dem von SOWADE in 9 von seinen 123 Fällen beschriebenen Symptomkomplex ähnliches Krankheitsbild entwickelte (Schüttelfrost, Schwindelanfälle, Kopfschmerzen). Nächsten Tag ist Patient beschwerdefrei. 4 Tage Pause. Auf die 9. Injektion wiederholt sich der Symptomkomplex, und es gesellt sich noch ein über den ganzen Körper ausgebreitetes skarlatiniformes Exanthem dazu. In diesem Falle sahen wir dann von einer weiteren Embarinbehandlung ab.

Eine an den verschiedensten Körperstellen erscheinende Urtikaria stellte sich bei einem Patienten nach der 2. Injektion ($^1/_2$ Dosis) ein. Nach 48 Stunden war die Urtikaria, die das Allgemeinbefinden nicht beeinträchtigte, geschwunden. Nach weiteren 2 Tagen wurde die Injektion wiederholt, und die Urtikaria zeigte sich neuerdings. Nach fünftägiger Pause wurde die 3. Injektion verabreicht und wie die nachfolgenden 17 Injektionen ohne Beschwerden vertragen.

Von unseren 32 Fällen konnte also die Behandlung in 30 Fällen zu Ende geführt werden.

14 Fälle von manifester Lues wurden nur mit Embarin, 2 mit Embarin und Hg-Inunktion, 2 mit Embarin und Neosalvarsan (intravenös) behandelt, 12 Kranke mit Lues latens erhielten als chronisch-intermittierende Kur nur Embarininjektionen. Weiter erhielten ein Fall von Neurasthenie auf spezifischer Bas. und einer mit Nephritis syphilitica Embarininjektionen.

Stomatitis wurde in 6 Fällen beobachtet. Davon ist einer schon oben erwähnt. Die übrigen 5 Fälle fielen auf die Wintermonate, wo die Embarinpatienten im gleichen Krankensaale mit den Schmierenden sich aufhalten und wegen weniger freier Luft für Stomatitis viel empfänglicher sind.

Eine prompte Zurückbildung der manifesten Erscheinungen konnten wir in einem jeden unserer Fälle konstatieren. Einige Fälle überraschten uns sogar mit der aus-

Digitized by Google

gezeichneten Wirkung des Embarins. Wir sehen eine nähere Wirkung bei allen sekundären Erscheinungen, bei tertiären und bei nervösen Formen.

Fall 1. C. G., 24 Jahre alt. Aufgenommen am 2. XII. 1913. Je eine Papel im äußeren Winkel des rechten und linken unteren Augenlides, je eine Papel am rechten und linken Nasenflügel, papulöses Exanthem am Stamme und den Extremitäten. 3. XII. 1. Injektion $^1/_2$ Dosis. 5. XII. Papeln bereits in beträchtlicher Rückbildung. Die Injektionen erfolgen nach unserem Schema intramuskulär, im ganzen 30. 15. XII. Papeln der Lider und beider Nasenflügel geschwunden, am Stamme und den Extremitäten abgeblaßt und eingetrocknet. Am 25. XII. keine manifesten syphilitischen Erscheinungen.

Fall 2. K. J., 21 Jahre alt. Aufgenommen am 6. XII. Am Ansatze des Frenulum eine elevierte Papel. Papeln auf der rechten Tonsille, Uvula und der hinteren Rachenwand. Alopecia luetica. 7. XII. 1. Injektion, die übrigen erfolgen nach dem Schema bis 10 Injektionen. Am 11. XII. Keine manifesten luetischen Erscheinungen. (Also nach 3 Injektionen à $^1/_2$ Ampulle!)

Fall 3. S. J., 21 Jahre alt. Aufgenommen am 9. XII. Am Dorsum penis, an der Lamina interna praeputii, am Ansatze des Frenulum nässende Papeln. Condylomata lata ad anum. 9. XII. 1. Injektion. Am 18. XII. Keine manifesten Erscheinungen von Lues. (Vollkommenes Schwinden der Erscheinungen nach 3 halben und 4 ganzen Injektionen!)

Fall 4. W. M., 50 Jahre alt. Gummata ad cutem capitis. 6. XII. 1. Injektion (amb.). Nach 6 Injektionen Gummata vollkommen geschwunden.

Fall 5. Frau G. W., 31 Jahre alt. Ohrensausen, Kopfschmerzen, Mattigkeit Harn Alb. $^1/_2$ ‰, WR +++. Nach 5 Injektionen Kopfschmerzen, Ohrensausen geschwunden, Alb. $^1/_4$ ‰. Während der Kur kehrt das Ohrensausen auf 2—3 Stunden noch zweimal zurück. Nach 20 Injektionen ist die Patientin beschwerdefrei, Alb. $^1/_4$ ‰.

Über das Verhalten der Wassermannschen Seroreaktion kann ich wegen der Kürze der Erprobungsdauer nur nach 3 Monaten ausführlich berichten. (Bei 2 Fällen von Lues latens war WR ++, nach 3 Monaten —.)

Resümee: Nach unseren klinischen Erfahrungen halte ich das Embarin in bezug auf Verträglichkeit und Wirkung für das beste Hg-Präparat, das wir bis jetzt besitzen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Syphilis: deren Gefahren für die Bevölkerung und die Frage der staatlichen Kontrolle, von H. C. French-London. (Lanc., 1913, Nr. 4700/01.) Verfasser schildert die Maßregeln, welche bei den britischen Truppen in Indien und auf Malta zur Bekämpfung der venerischen Infektion und speziell der Syphilis in den letzten Jahren angewandt worden sind, und mit denen eine sehr erhebliche Verminderung im Prozentsatz der Erkrankungen bei den Truppen erzielt worden ist. Daß der Alkoholismus ein bedeutender Faktor für die Herbeiführung der Infektion sei, wie von anderer Seite behauptet worden ist, ergibt sich aus F.s Statistiken allerdings nicht. Als wirksamste Mittel zur Bekämpfung der Seuche sind zu nennen: frühzeitige energische Behandlung der Patienten sowohl der männlichen wie der weiblichen in zweckmäßig eingerichteten Hospitälern, wozu die vertrauliche ärztliche Anmeldung aller vorkommenden Fälle eine wichtige Handhabe bietet, Errichtung von unentgeltlichen spezialistischen Polikliniken, die strenge Unterdrückung der Zuhälter, Kontrolle der öffentlichen Prostituierten, bessere staatliche Fürsorge für Waisen und Beseitigung der Straßenbettelei sowie andere sozialpolitische Vorkehrungen. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Untersuchungen über Syphilis in bezug auf deren Bedeutung für die Volksgesundheit, von C. H. Browning-Glasgow. (Brit. m. J., 10. Jan. 1914.) Um weitere Aufklärung über die Ausbreitung und die Folgewirkungen der Syphilis zu gewinnen, hat Verfasser im Verein mit einigen anderen Forschern 3000 Individuen teils einer eingehenden klinischen, teils einer serologischen Prüfung unterzogen. Gegenstand der Untersuchung waren einerseits die im Krankenhaus und in der Poliklinik zur Behandlung kommenden Kranken, andererseits deren Familienangehörige. Die Ergebnisse werden unter Einteilung der Fälle in Gruppen nach verschiedenen Merkmalen, kongenitale Syphilis, psychische Defekte und Epilepsie, Herzleiden, Taubheit, Augenkrankheiten usw. besprochen. Unter 331 poliklinisch behandelten Kindern waren 14% auf Grund des klinischen Befundes respektive der serologischen Untersuchung als zweifellos hereditär luetisch zu bezeichnen. Desgleichen bestätigten wiederum die sonstigen Prüfungen die Tatsache, daß Lues einer großen Anzahl von Erkrankungen von anscheinend anderweitiger Genese an verschiedenen Organen zugrunde liegt. Von 25 Kindern mit kongenitalen Herzleiden waren 18 als syphilitisch zu erkennen; von diesen starben 9 ohne den sechsten Lebensmonat zu erreichen. Von 52 Ozänafällen reagierten 16 positiv auf Wassermann usw. Die Untersuchung von 104 Prostituierten ergab in jedem Fall eine positive Reaktion, was auch bei 18 unstet umherziehenden Familien, im ganzen 109 Personen, der Fall war. Verfasser fordert dringend zur Beschaffung von staatlichen Mitteln und Einrichtungen zur Bekämpfung des Übels auf. Philippi-Salzschlirf.

Ein Beitrag zur Infektionsgefahr der Syphilis, von E. Klausner. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 45.) Zwei Fälle werden mitgeteilt, bei denen die Syphilis in einer Familie bei drei Generationen, teilweise durch den Geschlechtsverkehr, teilweise extragenital auf die Individuen übertragen wurde. Besonderes Interesse gewinnt in dem einen von diesen Fällen die extragenitale Luesinfektion eines zehn Monate alten Säuglings. Das Kind war trotz der Syphilis der Eltern gesund geboren und zeigte im zehnten Monat an der Unterlippe eine typische Sklerose mit zahlreichen Spirochäten. Dieser Fall beweist von neuem die Unhaltbarkeit des Profetaschen Gesetzes, nach welchem Kinder luetischer Eltern gegen Syphilisinfektion immunisiert sein sollten.

Georg Heymann-Elbing.

Beeinflußt eine syphilitische Infektion die Lebensdauer und Arbeitsfähigkeit? Ein Beitrag zur Prognose der Syphilis, von Reckzeh. (M. Kl., 1913, Nr. 40.) Der Verfasser ist Chefarzt des Verbandes öffentlicher Lebensversicherungsanstalten Deutschlands und vom versicherungstechnischen Standpunkte aus ist die Arbeit geschrieben. Nach einleitenden Bemerkungen über die Wichtigkeit rechtzeitiger Diagnosenstellung mit allen uns durch die Fortschrittte der neuesten Zeit gebotenen Hilfsmitteln, kommt er zuerst auf die Bedeutung der Syphilis als Todesursache zu sprechen. Zur Grundlage seiner Betrachtungen nimmt er außer den Mitteilungen von Blaschko usw. besonders die Statistiken der Lebensversicherungen und kommt zu dem Resultat, welches übrigens fast ganz mit den anderer übereinstimmt, daß die Lebensdauer syphilitisch Infizierter im Durchschnitt ca. 4 Jahre geringer ist als sonst; dabei ist die Syphilis nicht so besonders häufig die direkte Todesursache, sondern der Einfluß der Syphilis auf den Körper und dessen Widerstandsfähigkeit andern Krankheiten gegenüber übt den deletären Einfluß, daß man annehmen kann, daß etwa ein Drittel aller (in Lebensversicherungen) versicherter Syphilitiker früher oder später an den Folgen ihrer Syphilis zugrunde gehen. Die Einzelheiten der Statistiken, zum Beispiel die Verteilung der Mortalität auf die einzelnen Lebensjahre sind sehr interessant, aber hier leider nicht wiederzugeben. Die Ursachen dieser Übersterblichkeit der Syphilitiker liegen in erster Reihe an den Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten und in zweiter an den Krankheiten des Herzens und der Ge-

Digitized by Google

fäße. Anhaltspunkte für die Lebenserwartung der Syphilitiker haben wir nur sehr geringe, wie uns ja auch im Beginn der Krankheit solche für die Prognose fehlen, und erst der spätere Verlauf und längere Beobachtung uns etwas mehr Sicherheit in der Beurteilung der Schwere zu liefern vermag — wenn auch dann meist nur in wenig zuverlässiger Weise. Wir wissen, daß in den Fällen von tertiärer Lues 65—70% gar nicht, 10—20% ungenügend behandelt worden sind; wir besitzen aber noch immer keinen sicheren Maßstab dafür, was eine genügende Behandlung des einzelnen Falles ist. Im allgemeinen überwindet der kindliche Organismus die Krankheit besser als der der Erwachsenen, und Infektionen in höheren Lebensjahren haben eine schlechtere Prognose; Frauen pflegen gutartigeren Verlauf zu zeigen als Männer. Selbstverständlich sind Lebensweise, soziale Verhältnisse (Ernährungsbedingungen, Wohnungsverhältnisse, Exzesse, körperliche oder geistige Überanstrengung), Konstitution, schwere interkurrente Krankheiten (besonders Konstitutionskrankheiten wie Diabetes, Gicht usw.) von großer Bedeutung. Versicherungstechnisch glaubt Reckzeh, daß man sich nach 3—4 Jahren ein Bild machen könne. Wenn vier Jahre und mehr seit der Infektion verflossen sind und die Behandlung eine ausreichende war und gegenwärtig keine Zeichen von Syphilis und keiner der oben genannten Ablehnungsgründe vorhanden sind, so steht einer Annahme der Versicherung unter erschwerenden Bedingungen nichts im Wege. Lasch-Breslau.

Lues — die unheilbare, von Wm. P. Cunningham-New York. (M. Record, 21. März 1914.) „All unsere Erfolge und Mißerfolge bei Syphilis sind im Grunde abhängig von der größeren oder geringeren Widerstandsfähigkeit des Individuums. Alle unsere Medikamente haben manchmal eine ganz wunderbare und auffallend schnelle Wirkung, nicht nur Salvarsan, auch Quecksilber und in einzelnen Fällen sogar nach kleinen per os gegebenen Dosen! Auf der anderen Seite gibt es Läsionen, die jedem Eingriff und jedem Medikament widerstehen; und wenn es uns auch gelingt, äußerlich die schönste Ordnung zu schaffen, so wissen wir über den weiteren Ausgang doch noch nichts und erleben selbst nach den kräftigsten Salvarsankuren Tabes und Paralyse!"
W. Lehmann-Stettin.

Über die Infektiosität des Blutes Syphilitischer, von R. Frühwald-Leipzig. (W. kl. W., 1913, Nr. 42.) Frühere negative Versuche mit der Verimpfung syphilitischen Blutes hat Verfasser wieder aufgenommen, seitdem in der letzten Zeit von verschiedenen Seiten, besonders von Uhlenhuth und Mulzer positive Ergebnisse berichtet worden sind. Steril aus der Kubitalvene entnommenes Blut wurde durch Schütteln mit Glasperlen defibriniert und dann möglichst rasch in der Menge von 2 ccm in die Hoden der Versuchskaninchen injiziert. 19 mal hatten die Kranken, denen das Blut entnommen wurde, floride Erscheinungen, 3 mal nicht. Von 20 lange genug beobachteten Impfungen ergaben 13 ein positives Resultat. Die Inkubationsdauer war ganz verschieden, durchschnittlich betrug sie zwischen 60—70 Tagen. Das syphilitische Produkt manifestierte sich meist als eine zirkumskripte Orchitis. Aus einer genauen Übersicht über die bisher in der Literatur veröffentlichten Angaben und aus seinen eigenen Untersuchungen zieht Verfasser den Schluß, daß die Spirochäten bereits zu einer Zeit im Blute kreisen, da noch keine ausgesprochene Drüsenschwellung besteht und die Wassermannsche Reaktion negativ ist, also in der 5.—6. Woche nach der Infektion, 2—3 Wochen nach Auftreten der Sklerose. Auch in der Latenzzeit kann das Blut Spirochäten führen und vor allem erscheint wichtig, daß im Blute Tertiärsyphilitischer, ja selbst Tabeskranker, Spirochäten nachweisbar sind und das Blut infektiös sein kann. W. Lehmann-Stettin.

Über die weiteren Schicksale 4134 katamnestisch verfolgter Fälle luetischer Infektion, von Mattauschek und Pilcz-Wien. (M. Kl., 1913, Nr. 38.) Die beiden Verfasser haben Gelegenheit gehabt, ein Material von über 4000 Offizieren, die in den

Digitized by Google

Jahren von 1870—1900 sich eine luetische Infektion zugezogen hatten, bis 1. Jan. 1912, d. h. 22—30 Jahre, beobachten und den Krankheitsverlauf verfolgen zu können. Die Feststellungen, die sie bei diesem an sich sehr günstigen Menschenmaterial machen konnten, sind recht deprimierende, und sehr geeignet, die Gefahr der Lues für die Volksgesundheit uns von neuem vor die Augen zu führen. Die Verfasser berechnen die Zahl der infolge ihrer Infektion zugrunde Gegangenen auf 12%; dazu kommen noch 2,64% Todesfälle an Tuberkulose, die mit Sicherheit zum großen Teil mit auf das Konto der Lues geschoben werden müssen, da aus den Statistiken zu ersehen ist, wie groß die Morbilität resp. Mortalität an Tuberkulose bei Luetikern ist. Leider fehlt jede Mitteilung, ob und wie energisch die Fälle behandelt worden sind. Zum Schluß machen die Verfasser den Vorschlag, im lezten Semester dem Lehrplan einer Kadettenschule eine Stunde einzufügen, welche der gründlichen Belehrung der jungen Leute über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten gewidmet wird. Die Verfasser weisen auf das glänzende Beispiel Deutschlands hin, dessen Armee die geringste Zahl der Geschlechtskranken aufweist. Lasch-Breslau.

Syphilis und Pest in München am Ende des 15. und zu Anfang des 16. Jahrhunderts, von K. Sudhoff. (M. m. W., 1913, Nr. 26.) Aus den Protokollbüchern der Ratsversammlungen der Stadt München und aus Rechnungsbüchern, welche aus der Zeit der 15. Jahrhundertwende noch aufzufinden waren, hat S. sich ein Bild von der Verbreitung der beiden Krankheiten um diese Zeit zu machen versucht. Die Schilderung enthält manche interessante Einzelheiten, welche jedoch im Referate sich nicht wiedergeben lassen. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Frage der Beziehungen zwischen Syphilis und Rekurrensimmunität, von S. Hillasa-Japan. (Zschr. f. Immun., 1913, 17. Bd., 4. Heft.) Verfasser hat experimentell nachgewiesen, daß die sogenannte Anergie bei Syphilis, d. h. das Refraktärsein gegen eine Neuinfektion bei noch bestehender Krankheit, vor einer Infektion mit dem Spirillum Dattoni und umgekehrt, eine Immunität nach Überstehen des afrikanischen Rekurrensfiebers vor einer Syphilisinfektion nicht schützt. Die Anergie bei Syphilis ist nach dem bisherigen Forschungen spezifisch. Chrzelitzer-Posen.

Typhus und Syphilis, von Josué. (Sem. méd., 1914, S. 308.) Eine Frau litt an Typhus mit positivem Bazillenbefund im Blute; die Krankheit bestand sehr lange, das Fieber blieb hoch und das Allgemeinbefinden verschlechterte sich zusehends. Am 52 Tage trat ein papulöses Syphilid auf; durch eine Quecksilberbehandlung wurde in 9 Tagen völlige Entfieberung und Besserung des Befindens herbeigeführt.
Richard Frühwald-Leipzig.

Die Heirat des Syphilitikers, von Ed. Fournier. (Bull. soc. franç. de prophylax. san. et mor., 1913, Nr. 5.) Verfasser entwirft ein lebendiges Bild von den schweren Folgen, die die Verheiratung eines Syphilitikers nach sich ziehen kann. Die Frau wird angesteckt und hat eine Reihe von Fehl- und Totgeburten; der Mann wird tabisch oder paralytisch, verliert seinen Erwerb und führt den finanziellen und sozialen Ruin der Familie herbei. Die Kinder sind degeneriert, minderwertig und stellen ein großes Kontingent der Verbrecher. Deshalb kommt Fournier, namentlich in Berücksichtigung der großen Erfahrungen seines Vaters, zu dem Schlusse, daß ein Syphilitiker überhaupt nicht heiraten dürfe. Er kann auch eine Änderung dieses Standpunktes durch die Erfolge mit Salvarsan nicht anerkennen. F. ist sehr skeptisch gegen dieses Mittel und die angeblichen Wunderkuren. Erst die Zukunft kann die richtige Beurteilung bringen.
Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Frage der Heirat des Syphilitikers, von L. Brocq. (Bull. méd., 1914, Nr. 15 u. 16.) Die längeren Ausführungen resümiert Verfasser in folgenden Thesen:

Digitized by Google

Nicht jedem Syphilitiker kann man die Heirat verbieten. Ist er schlecht behandelt, hat innerhalb der letzten zwei Jahre floride Erscheinungen gehabt, oder leidet er an schweren syphilitischen Folgezuständen, darf er nicht heiraten. Ist ein Patient vom Primäraffekt an gründlich behandelt, hat er nie deutliche Sekundärsymptome gehabt und war der Wassermann stets negativ, kann er vor Ablauf der gewöhnlich geforderten Frist heiraten, falls er noch in ärztlicher Beobachtung bleibt. Hat er aber Sekundärsymptome und positiven Wassermann gehabt, so muß er behandelt werden bis letzterer negativ ist, wenigstens aber 2 Jahre; dann muß erst ein symptomfreies Intervall von 2 Jahren eintreten. Vor Ablauf der gewöhnlichen Frist darf er nur heiraten wenn nach zweijähriger Behandlung der Wassermann durch $1^1/_2$ Jahre, auch nach Reaktivierung, negativ bleibt. Es ist aber besser, wenn alle Kranken, die Sekundärerscheinungen und positiven Wassermann hatten, sich an die früheren Fristen halten. Der Wassermann muß vor der Heirat stets negativ sein; nur in Ausnahmefällen, bei langer Kranhheitsdauer, darf auch ein Patient mit positiver Reaktion heiraten, wenn sonst kein Hinderungsgrund besteht. Richard Frühwald-Leipzig.

Prophylaxe der Syphilis in der Ehe, von F. Balzer. (Bull. soc. franç. de prophylax. san. et mor., 1913, Nr. 5.) Der verheiratete Syphilitiker muß sich stets in den vom Arzte bestimmten Zeiten einer spezifischen Kur unterziehen. Außerdem muß er auf das sorgfältigste über den Zustand seiner äußeren Genitalien wachen; die geringste Erosion muß ihn zur Abstinenz vom Geschlechtsverkehre veranlassen, bis sie geheilt ist oder der Arzt ihre Harmlosigkeit feststellt. Die spermatogene Übertragung der Syphilis hält Verfasser für Ausnahmen; sie ist in Fällen, wo der Hoden affiziert ist, zu fürchten. Richard Frühwald-Leipzig.

Ungewöhnliche Fruchtbarkeit von syphilitischen Eltern und abnorme Beteiligung der Kinder, von H. F. Watson-Glasgow. (Brit. m. J., 26. April 1913.) Ein Zigeunerehepaar hat in 22 Monaten bei dreimaligen Zwillingsgeburten 6 Kinder hervorgebracht. Die Geburten erfolgten alle um einen resp. 2 Monate vor Ablauf der normalen Periode. Die Wassermannsche Reaktion war bei allen Mitgliedern der Familie deutlich positiv, aber klinische Symptome waren nur bei dem einen Zwillingspaar in irgendwie auffallender Weise entwickelt. Der Vater, 29 Jahre alt, übt sein Handwerk als Blechschmied im Umherziehen aus. Er weist Anzeichen beginnender Dementia paralytica auf. Verfasser weist auf die damit verbundene Ansteckungsgefahr für die ländliche Kundschaft des Patienten hin. Philippi-Salzschlirf.

Untersuchungen über familiäre Syphilis bei parenchymatöser Keratitis, von Harald Boas und Henning Rönne. (Hospitalstidende, 1914, Nr. 3.) Eins der Gebiete, wo die Wassermannsche Reaktion wahrscheinlich eine große Rolle spielen wird, und wo bisher nur vereinzelte Wahrnehmungen gemacht sind, ist die familiäre Syphilis, d. h. der Nachweis, wie häufig die Syphilis in solchen Familien vorkommt, wo eine Person klinische Symptome dieser Krankheit aufweist. — Als Hauptresultat ihrer Untersuchungen stellen die Verfasser fest: 1. Patienten mit parenchymatöser Keratitis haben oft scheinbar gesunde Geschwister mit positiver Wassermann-Reaktion. Diese müssen ausfindig gemacht werden, weil präventive spezifische Behandlung als notwendig angesehen wird. 2. Die Vererbung der syphilitischen Infektion ist viel unregelmäßiger, als bisher geglaubt wurde; besonders ist die Geburt von scheinbar gesunden Kindern keine Garantie dafür, daß die nachfolgenden nicht infiziert sein könnten.

Wilh. Holland-Christiania.

Über familiäre Syphilis, zugleich ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa, von Lesser und Karsten-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 15.) Die Verfasser benutzten zur Untersuchung über Familiensyphilis Kinder mit Keratit. parenchymatosa, da dieselbe

Digitized by Google

fast ausschließlich luetischen Ursprungs ist. Sie ist der antiluetischen Behandlung schwer zugänglich; meist wird das andere Auge sekundär ergriffen. Die Mütter solcher hereditär luetischer Kinder haben trotz Freiseins von klinischen Symptomen meist positive WR. Ihre „Immunität" ist durch die Latenz der Krankheit zu erklären. Der Infektionsmodus der Mutter (ob a patre oder a foetu) ist zurzeit nicht mit Sicherheit feststellbar. Die Mütter luetischer Kinder können im Laufe der Jahre spontan ausheilen; ihre WR wird dann negativ; in der Zeit der positiven WR können sie, auch noch nach mehreren Jahren, luetische Kinder gebären, trotz Fehlens klinischer Symptome. Solange die WR dieser Frauen positiv ist, ist ihnen also der Ehekonsens zu versagen. Die luetischen Kinder zeigen nur in ca. 50% in den ersten Lebensjahren Manifestationen. Bei einem hohen Prozentsatz kann noch nach zehn Jahren das erste Symptom, z. B. eine Keratit. parenchymat., auftreten. Glombitza-Dresden.

Die Syphilis bei den Friseuren, von Ch. Fouquet. (Bull. soc. franç. de prophylax. san. et mor., 1913, Nr. 5.) Verfasser bespricht zuerst die Manipulationen des Friseurs, besonders beim Rasieren, und die sich dabei ergebenden Infektionsmöglichkeiten. Dann macht er folgende Vorschläge zu deren Verringerung: 1. Der Friseur soll jeden Kunden, den er krank weiß oder von dem er es annimmt, veranlassen, seine eigenen Instrumente zu halten. 2. Vor jedem Bedienen sind die Hände zu waschen. 3. Reinigung der Instrumente; diese geschieht mittels Soda. 4. Sterilisierung: die schneidenden werden in die Flamme gehalten oder in kochendes Wasser getaucht; dasselbe geschieht mit Rasierpinsel und -schale. Bürsten und Kämme werden in einen Behälter mit Formol gelegt. 5. Die Puderquaste ist durch Watte zu ersetzen. 6. Statt des Alaunstiftes dürfen nur kleine Stückchen verwendet werden. 7. Die Rasiermesser dürfen nicht mehr über die Hand gezogen werden. 8. Der Raseur muß der Pflege seiner Hände die größte Sorgfalt zuwenden. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Vortrag über die Pathologie der Syphilis mit Bezug namentlich auf deren Bedeutung für die Therapie, von W. d'E. Emery-London. (Lanc., 24. Jan. 1914.) Die Darlegungen der Verfasser, welche für die Spirochaeta pallida einen kompletten Lebenszyklus konstatiert zu haben glauben, hält E. für durchaus nicht beweiskräftig. Auch die Vorgänge nach Aufnahme der Parasiten in menschlichen Organimus bedürfen noch der weiteren Prüfung. Nach E. findet dabei zunächst ein schwaches Vegetiren der Spirochäten an Stellen, wo sie vor dem Einwirken des Blutes geschützt sind, statt, denn das normale Menschenblut (ebenso wie das der höheren Affen) hat stark spirillizide Eigenschaften. Durch das Absterben einiger Spirochäten wird durch die freiwerdenden Endotoxine das umgebende Gewebe gereizt, wird hypersensitiv, und nachdem das Blut durch Aufnahme von Antigen modifiziert worden ist, am Ende des primären und Beginn des sekundären Stadiums, können die Parasiten darin auch gedeihen. Um diese Zeit ist deshalb die Exzision des Schankers zwecklos. Daß aber, wie manche Verfasser behauptet haben, die Syphilis alsdann überhaupt nie zur Heilung gelange, ist jedenfalls auch nicht korrekt. Redner hat sogar bei zwei Fällen von Tabes und einem Fall von progressiver Paralyse eine sehr frappante Besserung durch Salvarsanbehandlung erzielt bei Verwendung der lumbalen Injektion von salvarsaniertem Serum nach der von Swift und Elbis angegebenen Methode. Philippi-Salzschlirf.

Bemerkungen zur Syphilispathologie und zur Heilwirkung des Salvarsans, von M. v. Zeissl-Wien. (B. kl. W., 1914, Nr. 10.) Verfasser hat seit Juli 1910 über 1000 Syphiliskranke mit Salvarsan intramuskulär und seit über einem Jahr mit Neosalvarsan intravenös injiziert. In keinem einzigen Falle hat er irgend eine schwere Schädigung der Syphilitiker beobachtet, sondern ausschließlich gute Heilerfolge erzielt. Bei exakter Aseptik und bei Ausschließung von durch Herz- oder andere Erkrankungen

Digitized by Google

für Salvarsan ungeeigneten Patienten muß das Salvarsan als eine glänzende Bereicherung des Arzneischatzes und als vorzügliches Antisyphilitikum bezeichnet werden.

Georg Heymann-Elbing.

Über Amöbenzystitis, von W. Fischer-Shanghai. (M. m. W., 1914, Nr. 9.) Ein etwa 30jähriger Chinese klagte über ständigen Harndrang, Harnträufeln und Schmerzen in der Blasengegend. Der mit dem Katheter und auch der spontan entleerte Urin war stark getrübt, nicht stinkend, deutlich sauer und setzte ein reichliches Sediment ab. Dasselbe enthielt eine große Menge Eiterkörperchen, meist polymorphkernige neutrophile Leukozyten, keine Kokken oder Stäbchen, aber in großer Menge Amöben. Diese waren bei der Untersuchung zum Teil noch lebhaft beweglich, hatten durchschnittlich eine Größe von 20—25 Mikren und scheinen mit der sonst im Darme relativ häufig anzutreffenden Amoeba tetragena identisch zu sein. Leider entzog sich der Patient der weiteren Beobachtung.

Philippi-Salzschlirf.

Die Anaphylaxie in der Syphilis, von Bouveyron. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 11.) Der Verfasser geht von dem Versuche Noguchis aus, durch intravenöse Injektion von abgetöteten Spirochäten das Gehirn von Affen so zu sensibilisieren, daß progressive Paralyse entstehen konnte. Anschließend daran glaubt er, daß die durch die Behandlung freigewordenen Endotoxine sich elektiv an den Nerven fixieren und diese sensibilisieren. Durch diese Theorie wurde zum großen Teil die Nervenpathologie der Syphilis von den der spezifischen Behandlung widerstehenden Sensibilisierungskrankheiten (Tabes und Paralyse) bis zu den Neurorezidiven bewiesen. Was die Behandlung der Syphilis anbelangt, so zieht er eine wenig energische, aber kontinuierliche Behandlung einer energischen diskontinuierlichen vor. Immer müssen Salvarsaninjektionen von Quecksilberbehandlung umrahmt sein.

A. Gunsett-Straßburg.

Die moderne Diagnose und Behandlung gynäkologischer und geburtshilflicher Patienten mit Syphilis, von J. Bentley Squier-New York. (New York m. J., 23. Aug. 1913.) Die Behandlung solcher Kranken ist im allgemeinen dieselbe wie die gewöhnliche antiluetische, sollte natürlich möglichst bald und intensiv sowohl bezüglich der Arsen(Salvarsan-), sowie der Quecksilberbehandlung, je nach dem Falle und dem Zustande der Patientin eingeleitet und fortgeführt werden. Squier bespricht kurz alle Behandlungsmethoden, ebenso wie die diagnostischen Untersuchungsmethoden. Er wendet statt des Salvarsans fast nur mehr Neosalvarsan wegen der bekannt einfacheren Herstellung der Lösung und der leichteren Technik und zwar in den relativ hohen Dosen von 0,9 (0,6 dem Altsalvarsan entsprechend) drei- bis fünfmal in wöchentlichen Zwischenräumen an. Bezüglich der Quecksilberbehandlung ist er nach zahlreichen Versuchen mit verschiedenen anderen Präparaten stets wieder zur Sublimatlösung (1—2%ige) zurückgekehrt. Schließlich betont Squier, daß nur ein Arzt, der das gesamte Rüstzeug der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beherrscht, die Behandlung Syphilitischer wagen sollte.

Stern-München.

Zur Kasuistik der Syphilis, von Ludwig Spitzer. (W. kl. W., 1913, Nr. 46.) Verfasser hat okkulte Primäraffekte im Bereiche des Sphincter ani entdeckt, in der Tiefe des Nabels und an der unteren Nasenmuschel. Nach seiner Meinung sollten isolierte Drüsenschwellungen stets an die Möglichkeit eines Primäraffektes denken lassen, auch wenn die Lokalisation ungewöhnlich sein sollte. Ferner berichtet Verfasser zwei Fälle, die nach seiner Meinung eine wirkliche Reinfektion darstellen, da zur Zeit der zweiten Sklerose der Wassermann negativ war und nach einiger, der Inkubation genau entsprechenden Zeit positiv wurde, zugleich mit dem Auftreten eines charakteristischen Erstlingsexanthems am Stamm.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Über ungewöhnlich lange Latenz der Syphilis und über die Prognose der Erkrankung, von STERN-Düsseldorf. (D. m. W., 1914, Nr. 7, 8, 9.) Es werden Fälle von ungewöhnlich langer Latenz der Syphilis mitgeteilt. Im Anschluß daran wird die Prognose der Syphilis erörtert. Es wird hervorgehoben, daß 1. mindestens 50% aller Syphilitiker keine Sekundärerscheinungen aufweisen, daß 2. von der übrigbleibenden Hälfte ein erheblicher Teil (34% aller Tertiärfälle) wohl tertiäre, aber keine sekundären Erscheinungen erkennen läßt. Es wird weiter darauf hingewiesen, daß ein erheblicher Teil an Tabes bzw. Paralyse erkrankt, ebenfalls ohne vorausgegangene Sekundärerscheinungen. Ein weiterer Teil (4—6% aller Obduzierten) zeigt anatomisch nachweisbare Zeichen der Erkrankung. Ferner wird gezeigt, daß die energische Behandlung mit Quecksilber (besonders Kalomel) geeignet erscheint, die Zahl der Rezidive herabzusetzen (auf 9—15%). Es bleibt aber feststehend, daß mit oder ohne Behandlung in einer verhältnismäßig geringen Zahl der Fälle Rezidive im Sinne von klinisch nachweisbaren äußeren Erscheinungen auftreten. Die überwiegende Mehrzahl der Syphilisansteckungen verläuft als innere Erkrankung. Das Ausbleiben von Rezidiven beweist daher nichts für eine erfolgte Heilung. Junghanns-Dresden.

Ist Wiederausbruch latenter Syphilis durch Unfall entschädigungspflichtig? von FRITZ MÜLLER-Berlin-Schöneberg. (Fortschr. d. M., 1914, Nr. 2.) Unter den für die Ärzte interessanten Gerichtsentscheidungen berichtet MÜLLER eine Kammergerichtsentscheidung, derzufolge Syphilitiker, deren Krankheit zur Zeit des Unfalls im Stadium der Latenz durch diesen wieder mobilisiert worden sei, keine Entschädigungsansprüche habe, weil es sich nur um mittelbare Folgen des Unfalls in solchen Fällen handelt.
Lasch-Breslau.

Über die Reaktivierung latenter syphilitischer Herde, von LACAPÈRE. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 35.) Ein Patient, der sich vor 17 Jahren syphilitisch infiziert und wiederholt an zerebralen Erscheinungen gelitten hatte, kam mit Tabes zur Behandlung. Er erhielt Neosalvarsan; nach der ersten Injektion trat links Ptosis auf, die durch weitere Injektionen nicht beeinflußt wurde. Erst 6 Wochen nach Aussetzen der Behandlung begann sie sich zu bessern und schließlich völlig zu verschwinden.
Richard Frühwald-Leipzig.

Die Ansteckungsfähigkeit frischer latenter Syphilis, von E. FINGER. (Ärztl. Reform-Ztg., 1913, Bd. 3.) FINGER tritt für die Anschauung ein, daß die physiologischen Sekrete rein syphilitischer Individuen kontagiös sind; er stützt sich auf die Experimente, die er in Gemeinschaft mit LANDSTROM am Affen ausgeführt hat. Übertragungen mit dem Sperma eines rezentluetischen und eines an Hodengumma und älterer Lues leidenden Mannes fielen positiv aus. Auch der latent Syphilitische, selbst durch negative WASSERMANN-Reaktion, vermag in den ersten Jahren nach der Infektion die Lues zu übertragen. F. glaubt dies in einem Falle mit Sicherheit nachgewiesen zu haben. Peyser-Harburg.

Fieber als einziges Symptom latenter Lues, von HUGO KRAUS-Wienerwald bei Pernitz, Nied.-Öst. (W. kl. W., 1913, Nr. 49.) Vier mitgeteilte Fälle zeigten folgende Charakteristika: hartnäckiges, monatelang dauerndes Fieber von verschiedenem Typus, Nutzlosigkeit aller antipyretischen Mittel, keine typischen Symptome einer frischen Lues, dabei anamnestisch und durch die WASSERMANNsche Reaktion sichergestellte alte Syphilis, Ausschluß irgend welcher organischer Erkrankungen anderer Art, prompte Entfieberung auf antiluetische Behandlung bei weiterer Erhöhung der Temperatur nach den ersten Quecksilberinjektionen. Die interessanten Fälle zeigen, wie bei chronischem Fieber unklaren Ursprungs auch die latente Lues ins Kalkül gezogen werden muß.
W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Syphilis und Fieber, von F. Glaser. (B. kl. W., 1913, Nr. 26.) Rein syphilitisches Fieber kann im sekundären und tertiären Stadium auftreten. Daß auch ohne luetische Exantheme bei einem Syphilitiker Fieber auftreten kann, sah auch Verfasser bei einem Luetiker zwischen primärem und sekundärem Stadium. Verfasser bringt weiter zwei Fälle von Lebersyphilis mit langdauernden Fieberperioden, eine fieberhafte Kehlkopflues. Die Lungensyphilis macht nach Zinn selten Fieber. Verfasser beschreibt zwei Fälle, von denen der eine fieberlos, der andere mit Fieber verlief. Fieber bei Gelenklues konnte ebenfalls konstatiert werden. Es ist äußerst wichtig für den Arzt, diese fieberhaften Komplikationen bei Syphilitikern zu kennen.

Georg Heymann-Elbing.

Der augenblickliche Stand der Syphilisfrage, von Pusey. (Am. J. m. sc., Okt. 1913.) Die Erfahrungen P.s bringen nichts besonders Neues; P. betrachtet einen wiederholt positiven Wassermann als Indikation zu therapeutischem Vorgehen. Mit dem Umschlagen des Wassermann kann man mit der Behandlung etwas nachlassen, doch läßt sich auch heute noch nicht sagen, wie lange ein Wassermann negativ bleiben muß, um eine Heilung zu garantieren. Was das Salvarsan anlangt, so schiebt er eine Reihe der dabei entstehenden Nebenwirkungen absolut auf das Mittel selbst; selbst eine Anzahl Todesfälle sind seiner Meinung nach nur dem Salvarsan zur Last zu legen. Er leugnet nicht die guten Erfolge, die das Salvarsan gibt, ist aber der Meinung, daß es, abgesehen von den allerersten Wochen, keine größere Wirkung als das Quecksilber ausübt, in mittleren Dosen wahrscheinlich sogar weniger wirksam ist, als eine ohne Gefahr durchzuführende, kräftige Quecksilberbehandlung. Ob die Salvarsanbehandlung das Vorkommen parasyphilitischer Nervenerkrankungen vermindern wird, ist P. höchst zweifelhaft.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Erleichterung der Crileschen Transfusionsmethode, ein Instrument und dessen technische Verwendung, von Alfred Kahn-New York. (New York m. J., 13. Jan. 1914.) Eine der Hauptschwierigkeiten, wenn nicht die größte, bei Ausführung der Transfusion mittels der Crileschen Kanüle ist das Zurückschlagen der oft sehr engen Arterie über dieselbe, und K. gibt zur Behebung dieser Schwierigkeit eine schmale, mit vier längsseitigen Einschnitten versehene Bleifeder, die in eine sehr lange Spitze endet, an. Mittels derselben, die nach Einsetzen der Kanüle in das Gefäß in dessen Lumen eingeführt wird, gelingt es, mit viel geringerer Assistenz, wie mit den bisherigen Verfahren das Gefäß festzuhalten und die Transfusion ruhig und ohne Gefahr auszuführen. Die weiteren Einzelheiten sind nur mittels der (der Arbeit) beigefügten Abbildungen verständlich.

Stern-München.

Verschiedenes.

Stabsarzt Dr. Jakob Benario, Mitglied des Kgl. Institutes für Infektionskrankheiten in Frankfurt a. M., und Regimentsarzt Dr. Wilhelm Lehmann-Stettin haben das Eiserne Kreuz erhalten.

Priv.-Doz. Dr. Karl Ullmann-Wien ist zurzeit als k. u. k. Regimentsarzt und Kommandant des Festungsspitales Nr. 1 in Pola tätig.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

31. Oktober 1914 | Nr. 44 | Band 59

Kreidepasten.

Von

P. G. Unna.

Die Kreide hat in den dermatologischen Rezepten seit langem eine allerdings sehr bescheidene Rolle gespielt, seitdem nämlich Wilkinson zum erstenmal vorschlug, die Krätze mit einer Mischung von Schweinefett, Seife, Teer, Schwefel, Schwefelammonium und Kreide zu behandeln. Hebra sen. ließ aus dieser Vorschrift das Schwefelammonium fort und dieses „modifizierte Ungt. Wilkinsonii" hat sich bis heute erhalten, nicht sowohl als Krätzmittel, als vielmehr bei der Behandlung schwerer chronischer und besonders pruriginöser Ekzeme und anderer hartnäckiger Hautkrankheiten. In dieser Modifikation befanden sich ursprünglich neben je 6 Unzen Schwefel und Teer und je 1 Pfund Fett und Seife: nur 4 Unzen, d. i. ca. 8% Kreide. Unter den Händen von Hebras Nachfolgern ging der Kreidezusatz sogar noch weiter zurück, z. B. auf 2% in Jarischs Vorschrift für die Wilkinson-Salbe für Skabies, wurde aber konsequent beibehalten, obwohl er in dieser schwachen Dosis weder als Medikament, noch als konsistenzverbesserndes Mittel zur Geltung kommen konnte.

Nur in der Schwefel-Styrax-Kreide-Seifensalbe Weinbergs gegen Krätze könnte allenfalls von einer Wirkung der ca. 14% Kreide die Rede sein, aber nicht in der von Kaposi angegebenen Styrax-Seifensalbe mit nur ca. 6% Kreide oder der von Jarisch empfohlenen Styraxsalbe gegen Krätze mit 5% Kreide. In diesen Vorschriften spielt die Kreide nur noch eine dekorative Rolle; sie gehörte aber nun einmal in ein richtiges Krätzerezept hinein. Aber alle diese Vorschriften würden dieselbe günstige Wirkung auch ohne den schwachen Kreidezusatz ausüben, denn der einzige Grund, welcher vermutlich Wilkinson veranlaßte, seiner Salbe Kreide zuzusetzen, die Abstumpfung der sauren Bestandteile des Teers, war mit dem Ersatz des Teers durch Styrax auch hinfällig geworden.

Zum zweitenmal wurde Kreide im Jahre 1884 empfohlen, und wieder nicht um ihrer selbst willen, sondern nur als konsistenzverbessernder Zusatz zum Kalkwasser-Leinöl-Liniment, dem alten Hausmittel gegen

Digitized by Google

Verbrennungen. Ich sagte damals[1]): „Den einfachen Ölen ziehe ich in allen Fällen, wo die Haut stark gereizt ist, das bekannte Kalkwasser-Leinöl-Liniment vor. Das schwache Kalkwasser verseift einen kleinen Teil des Öles, welcher sodann das übrige Öl in Emulsion erhält. Einerseits läßt das Liniment im Gegensatz zu den Ölen wegen seiner Mischbarkeit mit Wasser die Hautausdünstung unbehindert fortgehen (daher die Kühlung), andererseits eignet es sich noch sehr gut zur Aufnahme kühlender, basischer Zusätze, vor allem des gewöhnlichen Bleiwassers. Eine beliebige Konsistenzvermehrung bis zur Form einer Paste kann man dem Liniment durch Einrühren von Kreide, Natronbikarbonat oder Zinkoxyd erteilen." . . . „Am behaarten Kopfe genügt es, das Liniment allein aufzupinseln. An bedeckten Körperstellen und im Gesicht rührt man von den obengenannten basischen Pulvern genügend viel ein, um nach dem Aufpinseln einen pulverigen Rückstand auf der Haut zu erzielen."

Besonders bewährte sich im Laufe der Zeit die Mischung von Kalkwasser, Leinöl und Kreide und Zinkoxyd, für welche bereits verschiedene Formeln aufgestellt waren, als ich — 16 Jahre später[2]) — die damit gemachten Erfahrungen zusammenfaßte und mich für eine einheitliche Formel entschied: Ol. lini, Aq. calcis āā 20; Cretae, Zinci oxydati āā 30.

Diese Mischung mit 30% Kreide und ebensoviel Zinkoxyd hat sich inzwischen unter dem Namen: Pasta Zinci mollis ein ungemein großes Anwendungsgebiet erobert. Wegen ihres hohen Wassergehaltes gehört sie zur Gruppe der Kühlpasten, die nicht bloß trocknen, sondern auch kühlen, und nimmt unter diesen an Wirksamkeit die erste Stelle ein. Während ihre Fähigkeit, eine feuchte Hautfläche trocken zu legen, geringer ist als die der Pasta Zinci sulfurata, übertrifft die letztere überall dort, wo wir hochgradig gereizte, schmerzhafte, hyperämische und ödematöse Hautflächen vor uns haben. Ausgebreitete nässende Ekzeme der Genitalien und des Kopfes von erysipelähnlichem Habitus, Verbrennungen zweiten Grades, toxische, durch Jodoform, Sublimat, Chrysarobin, Pyrogallol usf. erzeugte Hautentzündungen bilden die hauptsächlichsten Indikationen für Pasta Zinci mollis. In allen diesen Fällen gilt es nämlich zunächst, die Hyperämie und die Schmerzen zu beseitigen, ohne neue Entzündungsreize zu setzen. Die subjektive Besserung dieser für die Patienten oft sehr peinlichen Zustände erfolgt nach der Applikation der Pasta Zinci mollis meistens sofort und auch die objektive Besserung der Entzündungserscheinungen auffallend rasch. Sind Schmerz und Röte durch mehrmaliges Auftragen der Pasta Zinci mollis in 1 bis

[1]) Unna, Das Ekzem im Kindesalter. D. m. Zeitg., 1884, Nr. 43—47. Sonderdruck, S. 16 u. 17. — [2]) Unna, Kühlpasten. Mh. f. pr. Derm., 1900, Bd. 30.

Digitized by Google

2 Tagen beseitigt, so kann man mit größter Ruhe und Sicherheit an die Bekämpfung der übrigen Symptome, vor allem des Ödems und der Exsudation gehen, für welche die stärker und schneller trocknenden Pasten: Pasta Zinci (Unna[1]) und Pasta Zinci sulfurata[1]) geeigneter sind. Mischungen von diesen mit der Pasta Zinci mollis zu gleichen Teilen bilden — unter den Namen: Pasta Zinci composita und Pasta Zinci sulfurata composita — die seit Jahren vielgebrauchten Übergänge zwischen der mehr kühlenden Pasta Zinci mollis und den genannten rascher trockenlegenden Pasten.

Obwohl anfangs die große Masse (30%) von Kreide in der Pasta Zinci mollis nur den Zweck verfolgte, die Konsistenz der Kalkwasser-Leinöl-Mischung pastengerecht zu machen, lehrte die Erfahrung bald einen viel wichtigeren Erfolg dieses Zusatzes kennen, nämlich eine erhebliche Steigerung der schmerzlindernden Wirkung des basisch reagierenden Kalkwassers durch das in gleicher Richtung wirkende Kalziumkarbonat. Es ist doch auffallend, daß die seit der Listerschen Ära bestehende Abneigung aller Chirurgen gegen die Anwendung des früher allgemein und fast allein gegen Verbrennungen gebrauchten Kalkwasser-Leinöl-Liniments nicht vermocht hat, dasselbe aus der volkstümlichen Praxis zu entfernen. Diese Tatsache erklärt sich vollkommen aus der schmerzlindernden Wirkung des Kalkwassers in Verbindung mit der ebenfalls schmerzlindernden, schwach reduzierenden Wirkung des Leinöls. Keines der modernen Wundantiseptika wird diesen Bedürfnissen in ausreichender Weise gerecht. Andererseits kennt aber jeder Arzt sehr wohl die schmerzlindernde Wirkung der schwachen Alkalien, der Sodaumschläge, des Boraxhonigs, der Seifenbäder. Daher ist der starke Zusatz von Kreide in der Pasta Zinci mollis nicht gleichgültig und auch nicht durch andere neutrale oder saure Pulver wie Bolus, Kieselgur usw. ersetzbar.

Die kühlende, schmerzlindernde, entzündungswidrige Wirkung der Pasta Zinci mollis ist also ausreichend erklärt und es schien bis vor kurzem, als ob sich mehr Gewinn aus der äußeren Anwendung der Kreide in den Pasten nicht ziehen lasse.

Da führte eine zufällige Beobachtung meines Sohnes Dr. Paul Unna zur Entdeckung, daß die unter dem Namen Pebeco populär gewordene Zahnpaste, welche der Hauptsache nach aus Kali chloricum und Kreide besteht, auf Hautläsionen und nässende Hautaffektionen eine sehr bedeutende austrocknende Wirkung ausübt[2]). Das rasche Eintrocknen von Blasen aller Art unter einer Decke von Pebeco war so unerwartet,

[1]) Mit Kieselgur. — [2]) Paul Unna jun., Pasta kali chlorici cum creta. Derm. W., 1914, Bd. 59.

Digitized by Google

daß eine experimentelle Durcharbeitung der darin enthaltenen Substanzen geboten erschien. Diese ergab zunächst, daß der Gehalt an Kali chloricum für die eintrocknende Wirkung ohne Bedeutung ist. Die letztere gab sich vielmehr lediglich als Wirkung der Kreide in Verbindung mit der wasserlöslichen Gummimasse zu erkennen.

Die gute eintrocknende Wirkung der nebenbei sehr billigen Gummipasten ist nun auch bereits lange bekannt[1]). Eine einfache Zink-Gummi-Paste (Zinci oxydati 20, Muc. Gummi arab., Glycerini aa 10. M.) wird noch heute bei Schrunden, Rhagaden, wunden Brustwarzen vielfach gebraucht. Aber die Kombination der Gummipaste mit Kreide (anstatt Zinkoxyd) für nässende Hautaffektionen ist neu.

Nun gibt aber gerade die Gummipaste bei ihrer Eintrocknung der Kreide, einem sehr weichen Kalziumkarbonat das, was ihr in der Pasta Zinci mollis fehlt, den Körper, die Festigkeit. Denn alle kohlensauren Salze der Erden und Metalloxyde sind wesentlich leichter, weicher und poröser als diese selbst. Kreide und Gummilösung zusammen aber verbinden sich zu einer geschmeidigen Paste, die auf der Haut beim Eintrocknen eine harte, sehr trockne Masse hinterläßt. Diese stellt nicht nur eine feste, schützende Decke dar, sondern trocknet vermöge ihrer bedeutenden Porosität die unterliegende feuchte Hautoberfläche mit großer Schnelligkeit und Gründlichkeit aus.

In einer solchen Paste verbindet sich die entzündungswidrige und schmerzstillende Wirkung des basischen Kalziumkarbonats mit der eintrocknenden Wirkung der Gummipasten. Die Kreidepaste hat mithin vor der Pasta Zinci mollis denselben Vorzug voraus, den ich vorher von der Pasta Zinci sulfurata hervorhob. Sie wirkt eminent eintrocknend. Durch einen Zusatz von Zinkoxyd kann man dieser Kreidepaste dann noch eine weitere Anwendbarkeit auf dem Gebiete der nässenden Ekzeme verschaffen. Für die Verstreichbarkeit endlich sorgt ein angemessener Zusatz von Glyzerin. Danach lautet zurzeit die allgemeine Formel meiner Zink-Kreidepaste: Calcium carbonicum D. A. B. V. 40, Zincum oxydatum 20, Mucilago gi. arabici 20, Glyzerin 10, Aq. calcis 10.

Des zersetzlichen Gummischleims wegen bedarf die Paste eines antiseptischen Zusatzes, wie Thymol (1 ‰) oder Menthol.

Da die Zink-Kreidepaste an der Luft sofort hart wird, empfiehlt sich ihre Dispensierung in Zinntuben, in denen sie sich unbegrenzt lange hält.

Eine sehr gute Zink-Kreidepaste läßt sich auch aus Gelanth[2]) nach

---

[1]) Unna, Die Pastenbehandlung der entzündlichen Hautkrankheiten, insbesondere des Ekzems. Mh. f. pr. Derm., 1884, Bd. 3, S. 38. — [2]) Mischung von Traganthschleim und überhitzter Gelatine.

Digitized by Google

folgender Formel herstellen: Gelanth 40, Calcium carbonicum D. A. B. V. 40, Zincum oxydatum 20, M. D. ad tubam.

Dieselbe hat den Vorzug vor der ersten Formel, daß man Ichthyol, ohne Entmischung herbeizuführen, zusetzen kann. Eine solche Ichthyol-Zink-Kreidepaste, durch etwas Zinnober, Ocker und Umbra hautfarben gemacht, wird unter dem Namen: Gelanthum Cretae cuticolor[1]) neuerdings in ausgedehntem Maße auf unbedeckten Körperstellen dort angewandt, wo früher die Pasta Zinci mollis gebräuchlich war.

Nun noch einige Worte über die Anwendung dieser Paste, die in ihren Hauptzügen bereits angedeutet wurde.

Die erste Hauptindikation für dieselbe ist die rasche Eintrocknung großer, ödematöser, erythematöser und feuchter Flächen. Die starken Ödeme des Gesichtes, Halses und der Extremitäten im Verlaufe chronischer Ekzeme bieten ein dankbares Arbeitsfeld für die Paste, also jene Fälle, welche man bisher am besten mit Auftragen dicker Lagen von Mehl, Talkum, Magnes. carbon. usw. behandelte. Hier wirkt die Paste ebenso gut, aber erheblich rascher; meist gehen solche entzündlichen Ödeme unter derselben in 24 Stunden zurück. Es macht hierbei keinen Unterschied, ob diese erysipelatoiden Ekzeme durch physikalische Einwirkungen (Hitze, Sonnenbrand, Wind, Kälte) oder durch chemische (Chrysarobin, Pyrogallol, Resorzin, Jodoform) hervorgerufen werden.

Eine zweite Indikation, die praktisch von großem Wert ist, liegt in der prinzipiellen Möglichkeit, jede Fettsalbe und Fettpaste durch Überdecken mit Kreidepaste trockenzulegen. Man streicht zunächst die zur Behandlung gewählte Paste oder Salbe auf die Haut und wischt dann mit der Hand oder mit breitem Borstenpinsel die Kreidepaste darüber. Dadurch erhält die Mischung sehr rasch eine trockene, harte Oberfläche, während unmittelbar auf der Haut das Medikament in fettigerer Umgebung fortzuwirken vermag. Dieser Kunstgriff hat nicht nur zur Folge, daß die Applikation des Medikaments für den Patienten viel angenehmer, weil trockener und sauberer, ist, sie schont nicht nur die Wäsche und Kleidung und macht jeglichen Verband mit Watte und Binden unnötig. Wichtiger noch ist es, daß dadurch bei stark reizenden Medikamenten, wie Chrysarobin, die sekundären entzündlichen Veränderungen der umliegenden Hautpartien beschränkt, gemäßigt und meist ganz vermieden werden. Seit Einführung der Kreidepasten als Korrigens der Chrysarobinsalben ist die sogenannte große Kur, d. h. die universelle Applikation des Ungt. chrysarobini combos. (Chrysarobin, Ichthyol āā 5%, Salizylsäure 2%), eine für alle Beteiligten wesentlich angenehmere

[1]) Vorrätig Schwanapotheke, Hamburg.

Digitized by Google

Prozedur geworden. Früher wurde die starke Salbe wenige Tage eingerieben, und wenn stärkere Erytheme auftraten, diese regionenweise durch Einreiben von Pasta Zinci sulfurata ausgeschaltet, bis die Kur in die universelle Applikation letzterer überging. Damit wurde dann der erste Zyklus beschlossen. Es wurde gebadet und kam zu allgemeiner Abschilferung der kranken Stellen.

Seitdem die Chrysarobinsalben mit Kreidepaste überdeckt werden, kommt es überhaupt nicht mehr zu erheblichen Erythemen, geschweige Ödemen. Es ist leicht, die Chrysarobinwirkung so zu beherrschen, daß sie ohne Unterbrechung auf die Haut wirken kann. Auch die früher bei der Chrysarobinkur möglichst gemiedenen und selten angewandten Seifenbäder können mit großem Erfolge häufiger gegeben werden. Genug, alle früheren Korrigentien der „großen Kur", Zinkschwefelpasta, Zinkichthyolleim, Zinkpuder usw., werden in bester Weise durch die nebenher gebrauchte Kreidepaste allein ersetzt.

Eine dritte allgemeine Indikation ist die Trockenhaltung der Haut in der Umgebung von Wunden, nässenden Hautaffektionen und Fisteln. Dadurch erhält die Zinkkreidepaste auch eine Bedeutung in der Chirurgie. Eine trockene und mit Kreidepaste bedeckte Haut bildet für das Fortkriechen entzündlicher Prozesse der Oberhaut und des Papillarkörpers, für die Wanderung von Eiterkokken und Erysipelkokken, für die Ausbreitung toxischer bullöser Dermatitiden (z. B. der Jodoformdermatitis) keinen guten Nährboden. Für das Impferysipel und überhaupt für die Nachbehandlung der Vakzination ist die Zink-Kreidepaste ein ideales Mittel, welches allen hierbei in Betracht kommenden Indikationen gerecht wird. So praktisch die Desinfektion der gesunden Haut in der Umgebung von Operationen mittels Jodtinktur ist, so wertvoll ist die Applikation der Kreidepaste, wenn die Haut der Umgebung bereits entzündlich verändert und ödematös geschwollen ist. Auch läßt sie sich sehr gut mit der vorherigen Aufpinselung von Jodtinktur oder, was dann ratsamer ist, von Ichthyolspiritus kombinieren. Diese Kombination wäre auch beim echten Erysipel anzuraten, und damit kommen wir zu einigen Spezialindikationen.

Hier ist natürlich in erster Linie das Heer der vesikulösen und nässenden Ekzeme zu erwähnen. Auf diesem Gebiete tritt die Zink-Kreidepaste an die Seite der bewährten Zink-Amylum-Tonerde-Schüttelmilch in ihren vielfältigen Variationen. Sie übertrifft jede Art der Schüttelmilch durch bessere Deckenbildung und stärkere Eintrocknung. Diese Wirkung ist besonders in den ersten Tagen sinnfällig, bis ein gewisser Grad von Trockenheit erreicht ist. Nur selten ist damit schon eine Heilung gegeben; aber dieselbe ist aufs beste eingeleitet. Was dann

Digitized by Google

noch fehlt, kann auf verschiedene Weise ergänzt werden. Meistens muß dann ein stärker kokkentötendes Mittel hinzukommen. Das kann im allgemeinen in zwei Weisen geschehen. Entweder bringt man dasselbe (Ichthyol, Jod, Resorzin) in Form eines konzentrierten Puders oder eines spirituösen Firnisses auf die Haut und deckt die Stellen mit Zink-Kreidepaste weiter. Oder man geht zu den bewährten Salben und Pasten über (Pasta Zinci sulfurata, Ungt. Hebra, Ungt. praecip. alb., Ungt. resorcini comp. usw.) und legt diese durch Zink-Kreidepaste trocken. Letztere bildet also allein den Anfang und in Kombination mit anderen Mitteln den Höhepunkt der Behandlung, während der Schluß am besten mit fettigen Mitteln (Euzerin, Vaselin) gemacht wird.

Als eine weitere Spezialindikation mögen noch die mit Geschwüren verbundenen ausgedehnten varikösen Unterschenkelekzeme genannt werden. Man pudert die Geschwüre und Ekzemstellen mit Ichthargan puder (Ichthargan 1 + Magnes. carbon. 4) und bedeckt alles zunächst mit Zink-Kreidepaste, ein- oder zweimal. Ist diese ganz trocken, so vervollständigt die gewöhnliche Zink-Ichthyolleimbinde den ausgezeichnet wirkenden Dauerverband. Die Mitwirkung der Kreidepaste verhindert das rasche Durchschlagen des Sekrets und spart die Hälfte der Zinkleimbandagen.

Nun noch ein Wort über die Technik der Anwendung.

Die Zink-Kreidepasten bilden den reinsten Typus der Deckpasten und treten in dieser Beziehung an die Seite des Zinkleims. Wie dieser bilden sie nach dem Erhärten schützende Decken, sowohl über der ihrer Horndecke teilweise beraubten Oberhaut, wie über den zur Heilung aufgetragenen Medikamenten. Nur sind diese Decken hinfälliger, bröckliger und nicht durch Wattierung und Binden in eine zeugartige Hülle umwandelbar wie der Zinkleim. Sie schützen daher wohl gegen Zeugreibung und Verschiebung des Medikaments, aber kaum gegen den kratzenden Finger. Soll eine festere, länger dauernde und stärker komprimierende Bedeckung erzeugt werden, so kann über die Kreidepaste noch Zinkleim gepinselt werden, wie es soeben von Unterschenkelekzemen und -geschwüren erwähnt wurde.

Andererseits haben die Decken aus Kreidepaste vor den Zinkleimdecken manches voraus. Sie sind billiger, stets zur Anwendung bereit und rascher und leichter aufzutragen. Sie machen alle sonstigen Hilfsmittel, wie Watte und Binden, entbehrlich, und dieser Umstand fällt am meisten gerade dort ins Gewicht, wo die Decken der Kreidepasten hauptsächlich hingehören, nämlich über andere stark wirkende Medikamente. Dabei ist es ein besonders günstiger Umstand, daß auf die Form der Medikamente nicht viel ankommt. Natürlich sind diese am leichtesten

Digitized by Google

deckbar, wenn sie als Puder (Ichthargan) oder in spirituöser Lösung (Teer, Ichthyol, Resorzin), also trocken aufgetragen werden. Aber auch alle Pasten (Fettpasten, Kühlpasten, Mattan) und Salben (Fettsalben, Kühlsalben, einfache Fette und Öle) lassen sich durch Überstreichen mit Kreidepaste trockenlegen. Das verdanken diese dem Umstande, daß die Kreide stark basisch ist und Fettsalben daher rasch emulgiert.

Dieser letztere Umstand hat noch die weitere Folge, daß die Kreidepasten reinigend wirken. Schuppen und Krusten werden, nachdem die Kreidepaste 24 Stunden gelegen hat, leichter und gründlicher mit den Resten des Medikaments im Bade entfernt, als es ohne dieselbe geschieht. Die Kreidepasten wirken daher auf schuppige und krustöse Exantheme auch leicht mazerierend, was im Anfang der Behandlung die Wirkung dieser beschleunigt. Gegen Ende derselben ist diese Nebenwirkung weniger erwünscht, da sie die Haut spröde macht; dann gehören eben Zinkleim und Kühlsalben an ihre Stelle.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß die Zink-Kreidepaste nicht wie Fettsalben kräftig und längere Zeit eingerieben, sondern nur leicht über die Haut gestrichen werden muß, wobei sie rasch eintrocknet. Würde man längere Zeit reiben, so könnte es geschehen, daß man die Decke wieder entfernt. Diesen ersten Anstrich hat man dann nur, je nachdem er hält, auszubessern. Wo der Anstrich bleibt, läßt man ihn sitzen; wo er durch Bewegung oder Kleiderreibung, durch Schwitzen oder Nässen abgeht, streicht man neue Paste darüber. Das kann einmal oder mehrmals täglich geschehen, je nach Bedarf. Wo auf diese Weise der Anstrich in einigen Tagen zu dick wird, kann man Risse und Defekte desselben auch durch Überstreichen mit der nassen Hand oder einem feuchten Wattebausch ausbessern, bis ein Bad oder eine warme Abwaschung den ganzen Anstrich auf einmal wieder entfernt und die Haut für neue Behandlung freimacht.

Feuilleton.

Die bisherige Tätigkeit der „Royal Commission on Venereal Diseases".

Von

Priv.-Doz. Dr. Richard Frühwald,
Assistent der dermatologischen Klinik in Leipzig.

Über Antrag des Parlaments hatte im Vorjahre die englische Regierung eine Kommission zum Studium der Geschlechtskrankheiten eingesetzt und der König hat sie bestätigt. Ihre Aufgabe soll es sein, Untersuchungen über die venerischen Krankheiten

Digitized by Google

in Großbritannien und über ihre Bedeutung für die öffentliche Gesundheit anzustellen und gleichzeitig Maßnahmen zu treffen, wie der verderbliche Einfluß verhindert oder wenigstens vermindert werden könnte. Es ist aber hervorzuheben, daß eine Rückkehr zu polizeilichen Maßnahmen oder zu den Gesetzen, die die Zwangsuntersuchung und -behandlung vorsehen, nicht in die Kompetenz der Kommission fällt, da die öffentliche Aversion dagegen zu groß ist. Die Kommission besteht aus hervorragenden Politikern, Geistlichen und Fachärzten.

Die Idee, die Regierung zur Einsetzung dieser Kommission zu veranlassen, ist aber nicht neu. Schon 1899 wurde dem Premierminister Lord SALISBURY von ärztlichen Gesellschaften ein diesbezügliches Memorandum überreicht, doch der Ausbruch des Burenkrieges verhinderte seine Berücksichtigung. Der im selben Jahre in Brüssel tagende internationale Kongreß für Geschlechtskrankheiten, der sich entschieden gegen polizeiliche Maßnahmen aussprach, verlangte ebenfalls von den verschiedenen Regierungen die Einsetzung einer Studienkommission. Erst im Jahre 1912 wurde die Angelegenheit wieder energischer aufgenommen; in Fachzeitschriften erschienen Aufsätze hervorragender Männer, die auf die Gefahren der Geschlechtskrankheiten hinwiesen und für die Einsetzung einer Kommission eintraten; ebenso wurde diese Frage Gegenstand eingehender Diskussionen in medizinischen Gesellschaften. Ein besonders bemerkenswertes Zeichen der Zeit war die Offenheit, mit der die Tagespresse diese Angelegenheit behandelte. Während des Kongresses der British medical Association brachten die ersten Zeitungen spaltenlange Artikel über Syphilis, während sie dieses Wort früher nicht auszusprechen gewagt hätten.

In den Sitzungen der Kommission hielten hervorragende Gelehrte und andere kundige Personen Vorträge, die die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten von verschiedenen Gesichtspunkten aus beleuchteten. Über diese Vorträge soll im folgenden kurz berichtet werden.

In der letzten Sitzung von 1913 sprach J. E. LANE, Seniorarzt des St. Mary- und London Lock-Spitals. Seiner Meinung nach wiesen die Geschlechtskrankheiten dieselbe Sterblichkeit wie Krebs und Tuberkulose auf, nur sei dies in den Statistiken nicht so klar ersichtlich, da die Infektion meist 20—30 Jahre zurückliege. Daher sei es bedauerlich, daß nichts gegen die venerischen Krankheiten geschehe, während eingehende Bestimmungen zur Bekämpfung anderer ansteckender Krankheiten getroffen seien. Das Hauptgewicht legte der Redner auf verbesserte und unentgeltliche Behandlung; jeder Geschlechtskranke sollte Anspruch auf unentgeltliche Vornahme der notwendigen Untersuchungen und Behandlung haben. Die Zuführung aller Geschlechtskranken zur Behandlung erwartet LANE nur von der Aufklärung weitester Kreise. Früher hielt er die Anzeige jedes Falles an die Sanitätsbehörde für wünschenswert, doch fürchtet er, daß durch diese Maßregeln ein großer Teil der Patienten den Kurpfuschern in die Arme getrieben würde. Die Aufklärung muß natürlich in erster Linie bei den Kranken einsetzen; den Ärzten müßten unentgeltlich Flugblätter geliefert werden, die Anweisungen über die Natur der Geschlechtskrankheiten und über die Maßnahmen, die ihre Verbreitung hindern sollen, enthielten. Die Ärzte müßten verpflichtet sein, jedem Geschlechtskranken diese Belehrung einzuhändigen. In Schulen und Universitäten, sowie überall, wo ein größerer Beamtenstand tätig sei, müßten Kurse über Geschlechtskrankheiten gehalten werden. Von größter Bedeutung ist aber die bessere Ausbildung der Ärzte in den venerischen Krankheiten, die bislang nicht ganz auf der Höhe war.

Nach ihm sprach ein Statistiker, P. H. C. STEVENSON. Er führte aus, daß die Statistiken über die Todesfälle an Syphilis keinen Begriff geben von der Häufigkeit venerischer Erkrankungen, daß sie aber gute Anhaltspunkte für Vergleiche geben. So

Digitized by Google

zeigt sich, daß von 1850 bis 1868 die Mortalität an Syphilis enorm und rasch zunahm. dann folgte bis etwa 1886 ein Gleichstand und seither ein Absinken, das in den ersten zehn Jahren sehr rapid war. Diese Abnahme in den letzten 30 Jahren scheint wirklich eine Verminderung der Mortalität zu bedeuten. Gleichzeitig nahm die Syphilis in der Armee und Marine ab. Die höchsten und niedrigsten Schichten waren am meisten an der Krankheit beteiligt.

In einem Vortrage in der 11. Sitzung erklärte Gibbard, Chef des Rochester Marinehospitals, daß die bessere Behandlung und die Belehrung der Soldaten durch Vorträge und persönliche Unterhaltung die Hauptursachen für die Abnahme der Geschlechtskrankheiten im Heere seien. Unterstützend wirkten die größere Mäßigkeit, die größeren Annehmlichkeiten in den Kasernen und die gesteigerte Beliebtheit von Spielen im Freien. In der Zivilbevölkerung könnte nach Ansicht des Vortragenden der Verbreitung der venerischen Krankheiten durch rechtzeitige Diagnose und Behandlung, durch aufklärende Vorträge und durch Verbreitung der Mäßigkeit gesteuert werden. Es müßte Vorsorge für unentgeltliche Vornahme der mikroskopischen und serologischen Untersuchungen getroffen werden. Jedes Spital müßte eine gewisse Anzahl von Betten in den allgemeinen Krankensälen für Geschlechtskranke reservieren, doch seien eigene Spitäler nicht zu empfehlen. Daneben müßte eine Ambulanz geführt werden, die auch zu den für Arbeiter günstigen Stunden offen sei. Zwangsmaßregeln hält Gibbard nicht für angebracht, da sie nur zur Verheimlichung der Erkrankung führen würden. In großen Geschäften sollten aufklärende, durch Lichtbilder unterstützte Vorträge gehalten werden, die das Hauptgewicht darauf legen sollten, daß rechtzeitig der Arzt und nicht ein Kurpfuscher aufgesucht werden müsse.

Bei der folgenden Sitzung sprach J. Kerr Love über Syphilis als Ursache von Taubheit bei Kindern. Die syphilitische Taubheit bei Kindern ist eine Folge unbehandelter Syphilis in den armen Bevölkerungsschichten. 25% der Fälle von kongenitaler Taubheit sind syphilitischer Genese; die Behandlung ist fast aussichtslos, denn es kann zwar die Syphilis geheilt werden, doch ist Wiederherstellung des Gehörs nur selten. Die Erziehungskosten für solch ein taubes Kind stellen sich dann fünfmal so hoch wie für ein normales. An der Hand von 21 Stammbäumen Syphilitischer zeigte Vortragender, daß $^2/_3$ der Kinder totgeboren wurden, oder, wenn sie am Leben blieben, blind oder taub, oder beides waren. Deshalb sei eine bessere Behandlung dringend notwendig; dabei wäre es wünschenswert, die Fälle irgendwie in Evidenz zu halten, wenn auch allgemeine Zwangsmaßregeln untunlich sind.

W. S. Harrison, ein Pathologe, hält die ungenügende Behandlung für die Hauptursache der späten syphilitischen Erscheinungen. Seitdem im Heer die Syphilisbehandlung systematisch durchgeführt wird, sind maligne Fälle fast unbekannt geworden. Deshalb soll sofort nach Feststellung der Diagnose eine energische Behandlung eingeleitet werden und sie soll von einer prolongierten klinischen, bakteriologischen und serologischen Kontrolle gefolgt sein. Die Behandlung dürfte aber nur durch Ärzte erfolgen. Vortragender spricht sich weiter für Errichtung von Laboratorien für die notwendigen Untersuchungen, sowie für Einführung einer vertraulichen Anzeigepflicht bei den lokalen Behörden aus.

S. Coupland und C. H. Bond berichteten in der 17. Sitzung, daß seit 1876 die Zahl der in die Heilstätten aufgenommenen Syphilitiker im Steigen begriffen sei, dies spreche nach ihrer Ansicht nur für eine Verbesserung der Diagnose, nicht für eine allgemeine Zunahme der Syphilis. In der Privatklientel überwiegen die männlichen Kranken, in der Armenpraxis die weiblichen.

In der folgenden Sitzung sprach Sir Thomas Barlow über den Einfluß der here-

Digitized by Google

ditären Syphilis auf die Entwicklung. Die erbsyphilitischen Kinder sind schon in den untersten Schulklassen wenig versprechend und werden meist unbrauchbare Glieder der menschlichen Gesellschaft. Sie sind häufigen Konvulsionen unterworfen, die auf eine Affektion des Gehirns hinweisen. Die ideale Behandlungsmethode wäre die jahrelange ärztliche Kontrolle beider Eltern, sowie auch später geborener Kinder. Barlow ist nicht für Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten; er erwartet sich mehr von Aufklärung und frühzeitiger Behandlung.

Bei der Polizei ist nach C. A. Ballances Angaben die Zahl der Geschlechtskranken gering. Früher wurden bei den Schutzleuten die Geschlechtskrankheiten als Vergehen aufgefaßt und deshalb der Gehalt gestrichen; seit 1911 hat sich das geändert und es werden Geschlechtskrankheiten ebenso behandelt wie andere. Soweit es der Dienst zuläßt, werden die Kranken hospitalisiert. Die segensreiche Folge dieser Änderung ist, daß sich die meisten Geschlechtskranken freiwillig melden und so der rechtzeitigen Behandlung zugeführt werden können.

Brian O'Brien berichtet, daß die venerischen Krankheiten in Irland im Abnehmen begriffen seien. Diese, speziell Syphilis, wären in den ländlichen Distrikten fast nicht vorhanden, in den kleinen Städten selten. In den großen Städten, namentlich in Dublin, wären sie dagegen häufiger; dies liege an der Armut der Bevölkerung und an dem Zuströmen schlechter Elemente. Im übrigen erklärt sich der Vortragende ebenfalls gegen gesetzliche Maßnahmen und fordert verbesserte Diagnose und Behandlung.

D'Arcy Power sprach über Syphilis und Blennorrhoe. Er warnte davor, die letztere für eine lokale und heilbare Krankheit zu halten; ja er ist sogar der Ansicht, daß der Tripper für das Individuum gefährlicher sei als die Syphilis, während diese der Rasse schädlicher sei, indem sie die Lebensfähigkeit für mehrere Generationen herabsetze. Das wirksamste Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sieht der Vortragende in der besseren Ausbildung der Ärzte; von der Aufklärung des Publikums erwartet er sich nicht viel.

In der 22. Versammlung sprach Frl. Albania Broderick; sie bemängelte zunächst die mangelhafte Ausbildung des Pflegepersonals in der Kenntnis der Geschlechtskrankheiten. Ferner will sie die Aufklärung des Publikums schon gelegentlich der Kindererziehung begonnen wissen; in den unteren Schulklassen sollten zunächst an der Hand der Botanik die sexuellen Gesetze erörtert werden, wodurch der Weg zur sexuellen Aufklärung geebnet werde. Frl. Broderick wendet sich auch gegen die Unsitte mancher Ärzte, geschlechtskranke Frauen zu behandeln, ohne sie über ihr Leiden aufzuklären. Durch diese Unkenntnis würde die Verbreitung der Geschlechtskranken bedeutend gefördert; die Verabreichung gedruckter Belehrungen wäre dringend erwünscht.

Auf die Statistik stützt sich Douglas White; er kommt zu dem Schluß, daß in Großbritannien jährlich 800000 neue Fälle von Geschlechtskrankheiten zur Behandlung kämen, von denen 114000 auf Syphilis fielen. Ungefähr zu denselben Zahlen gelangt er bei Berechnung der syphilitischen Infektionen, ausgehend von der Sterblichkeit an Tabes und Paralyse. Im ganzen dürften in Großbritannien drei Millionen Syphilitiker vorhanden sein. Erleichterung der Behandlung und Aufklärung scheinen auch White die besten Kampfesmittel zu sein.

Derselben Ansicht ist Sir Victor Horsley; er will auch im Sinne von Albania Broderick die sexuelle Aufklärung an der Hand des naturwissenschaftlichen Unterrichts in den unteren Schulklassen begonnen wissen. Im Gegensatz zu den meisten Vortragenden spricht er sich für eine vertrauliche Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten aus; er weiß, daß diese auf großen Widerstand stoßen würde, doch erinnert er

Digitized by Google

daran, daß die Einführung der Anzeigepflicht bei jeder Krankheit, z. B. beim Scharlach, erst nach heftigen Kämpfen gelungen ist.

Über die Geschlechtskrankheiten bei Gefangenen sprach Sir Herbert Smalley; er hat den entschiedenen Eindruck, daß die Zahl der Geschlechtskranken seit 20 bis 30 Jahren im Abnehmen sei und daß auch die einzelnen Fälle weniger schwer verlaufen. Dagegen dürften spätsyphilitische Affektionen des Nerven- und Gefäßsystems häufiger sein. Das Hauptkontingent der Geschlechtskranken liefern die großen und die Hafenstädte. Smalley ist ein Gegner von Zwangsmaßregeln und ist für erleichterte kostenlose Behandlung in eigenen Ambulanzen der allgemeinen Spitäler, die ihre Ordinationsstunden mit den Arbeitszeiten in Einklang zu bringen hätten. Dieselben Forderungen ungefähr stellte Dubois-Havenith in der 40. Sitzung. Doch sollte seiner Ansicht nach stets eine fernere Überwachung der Kranken stattfinden; zu diesem Zwecke ist in der von Malvoz in Lüttich gegründeten Ambulanz mit Zustimmung der Patienten ein Überwachungssystem eingeführt worden, durch das die Kranken rechtzeitig zur Blutuntersuchung und zur Therapie gebracht, vor zu frühzeitiger Verheiratung gewarnt werden usw. Diese Einrichtung bewährt sich sehr gut. Es ist notwendig, die Patienten über die Gefährlichkeit der Syphilis für das Individuum wie für die Allgemeinheit aufzuklären, doch muß stets betont werden, daß die Krankheit heilbar sei.

In der folgenden Sitzung erörterte J. Smith Whitaker die Stellung der Krankenversicherung zu Geschlechtskrankheiten. Geschlechtskranke sind ebenso der ärztlichen Behandlung teilhaftig wie andere Kranke. Doch ist es allgemeine Praxis der Versicherungen, die venerischen Krankheiten als selbstverschuldete zu betrachten und daher die Zahlung des Krankengeldes zu verweigern. Vortragender fordert die Einnahme eines weitherzigeren Standpunktes seitens der Gesellschaften, da die Frage nicht nur für das Individuum, sondern für den ganzen Staat von Bedeutung sei.

Blaschko, der auf Einladung der Kommission einen Vortrag hielt, meinte, daß die Geschlechtskrankheiten in Deutschland häufiger seien als in England; den Grund hierfür sieht er in den besseren Lebensbedingungen in England und der größeren Versuchung in deutschen Städten. Er gab hierauf einen Überblick über die Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und bezeichnete als ihren Zweck 1. Aufklärung des Publikums, 2. wissenschaftliche Diskussion der Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 3. Fühlungnahme mit den Behörden zur Einführung der notwendigen Reformen.

Pringle hat unter den im Middlesex-Spital eingelieferten Hautkranken der letzten 25 Jahre 5% mit unzweifelhafter Syphilis gefunden. Ein großer Teil der Syphilis in England ist aus dem Auslande importiert. Pringle erklärt sich gegen gesetzliche Maßnahmen, da diese die Kranken den Kurpfuschern in die Arme treiben würden.

Diese Vorträge gipfelten im allgemeinen in der Ansicht, daß die wirksamsten Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Aufklärung des Publikums und Erleichterung der Behandlung sei. Es wurde nun ein Nationalrat zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, bestehend aus Vertretern der Ärzteschaft und der Behörden, eingesetzt, um der Verwirklichung dieser Forderungen näherzutreten.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Zentralblatt.

1914, Nr. 11.

Über die durch Sulfoform hervorgerufenen anatomisch-pathologischen Veränderungen in der gesunden Haut, von Kopytowski. Gesunde Skrotalhaut wurde mit 10%iger Sulfoformvaselinsalbe eingerieben und Hautstückchen nach 2—10 Tagen exzidiert. Die Wirkung ist der des Schwefels sehr ähnlich, nur milder. Die Veränderungen sind auch hier entzündlicher Natur: Erweiterung der Gefäße in den Papillen und den Koriumschichten, Erweiterung der Lymphdrüsen, Trübung der Gefäßendothelien, Einwachsen derselben in die Zylinderschicht und Stachelzellenschicht in Gestalt von Spindelzellen. Zahlreiche fixe Bindegewebszellen und Lymphozyten. Auch ist eine schwach chromotaktische und leukozytaktische Wirkung des Sulfoforms wahrzunehmen. Die keratoplastische Wirkung des Sulfoforms tritt stets als Verdickung der Hornschicht auf. Verfasser hat bei Skabies und bei Seborrhoea sicca capillitii (mit 5—10% Ol. Rusci) gute Erfolge gesehen. Man fange mit kleinen Dosen an wegen eventueller Überempfindlichkeit. Haas-Hamburg.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1914, Bd. 15, Heft 7.

Die Syphilis als Staatsgefahr und die Frage der Staatskontrolle, von E. Finger. Aus den Ausführungen ergeben sich folgende Postulate zur Verringerung der Syphilisgefahr: 1. Belehrung der Gesunden, besonders der heranwachsenden Jugend über Ernst und Bedeutung des Geschlechtslebens und der Geschlechtskrankheiten sowie die individuelle Prophylaxe. 2. Beseitigung aller Maßnahmen, welche von moralischen oder anderen Gesichtspunkten aus die individuelle Prophylaxe und deren Förderung erschweren. 3. Belehrung der Kranken auf dem Wege von amtlich ausgegebenen, den Ärzten zur Verteilung übergebenen Merkblättern. 4. Unterricht der Hebammen über Geschlechtskrankheiten. 5. Regelung des Ammenvermittlungswesens, Maßregeln zum Schutze von Amme, Säugling, Pflegeeltern des Ammenkindes, Untersuchung von Amme und Kind mit der Wassermannschen Methode, Errichtung von Wöchnerinnenasylen, Förderung des Selbststillens der Mütter. 6. Reform der Wohnungsverhältnisse, des Schlafgängerwesens. 7. Förderung der Behandlung, Errichtung von Spitalsabteilungen, Zahlbetten für den Mittelstand, ambulatorische Behandlung in für die Patienten geeigneten Stunden. Verteilung unentgeltlicher Medikamente. Die Kosten der Behandlung sind vom Staat zu bezahlen. 8. Erlassung einer strafgesetzlichen Bestimmung gegen die absichtliche oder fahrlässige Übertragung einer Geschlechtskrankheit auf einen Mitmenschen als Gefährdungsdelikt. 9. Einführung eines sehr beschränkten Behandlungszwanges. 10. Verbot der Behandlung von Geschlechtskranken durch Kurpfuscher, Verbot der Ankündigung brieflicher Behandlung und des Angebots von Medikamenten zur Selbstbehandlung. 11. Beschränktes ärztliches Anzeigerecht an die Sanitätsbehörde, Ausdehnung der Berufsgeheimnisverpflichtung auf alle Stellen, welche beruflich mit Kranken zu tun haben. Haas-Hamburg.

Folia urologica.

1914, Bd. 8, Nr. 12.

Die Behandlung der Blasenpapillome mit Thermokoagulation, von Eugen Joseph. Verfasser empfiehlt dringend die Thermokoagulation der Blasenpapillome an-

Digitized by Google

zuwenden, da sie eine leicht handliche, bequeme, unter Leitung des Auges für jeden, der mit Blaseninstrumenten umzugehen versteht, ausführbare Methode von großer Tiefenwirkung ist. Dazu kommt noch das Angenehme, daß der Patient sich leicht zu einem neuen intravesikalen Eingriff entschließt, aber schwerer zu einer neuen blutigen Operation, ein Vorteil, der bei der ausgesprochenen Neigung dieser Erkrankung zum Rezidiv nicht zu unterschätzen ist. Die intravesikale Methode ist in einer Richtung entschieden gründlicher, nämlich darin, auch den kleinsten Geschwulstteil zu erkennen und zu behandeln; und sie ist in einer anderen Richtung für den Patienten angenehmer, da sie ihn nicht zu einem langen Krankenlager nötigt. Unbedingt ist die Behandlung zu empfehlen, wo multiple, kleine Geschwülste vorliegen, oder wo ein Rezidiv nach Sectio alta eingetreten ist, zur Stillung starker Blutungen aus dem Tumor und bei alten Leuten.

Fall von Pyelographie, wo Kollargol in die Harnkanäle und die Malpighischen Körperchen der Niere eingedrungen war, von Troell. Bei einer 64jährigen Frau mit rechtsseitiger zweifaustgroßer Pyonephrose hatte Verfasser die Pyelographie gemacht. Unter schwachem Druck wurden nach Harnleiterkatheterisierung 6—7 ccm einer 7 %igen Kollargollösung langsam eingespritzt. Nachher verspürte Patientin keinerlei Beschwerden davon. Aber in der zwei Tage später entfernten Niere ließ sich in einem einhellerstückgroßen Bezirk mikroskopisch nachweisen, daß Kollargol vom Nierenbecken bis in die Harnkanälchen und in die Malpighischen Körperchen eingedrungen war; Rundzelleninfiltration, Nekrose, Desquamation von Harnephithelien usw. waren stellenweise auch zu sehen. In theoretischer Hinsicht ist der Fall sehr interessant, weil durch ihn zum erstenmal dargetan ist, daß Flüssigkeit während des Lebens gegen die Richtung des Harnstromes in das Nierenparenchym, und zwar bis in die Glomeruli hinauf gepreßt werden kann. Haas-Hamburg.

Annales des maladies vénériennes.

Juli 1914, Bd. 9, Nr. 7.

Über die Ursache des Todes nach Salvarsan an der Hand eines neuen Todesfalles, von C. Dreyfuss. 1. 38jähriger Mann mit Roseola specifica, Alkoholiker mit geschwollener und druckempfindlicher Leber erhielt auf Wunsch zunächst Dose I Neosalvarsan, dann von anderer Seite trotz Abratens des Verfassers 0,75 Neosalvarsan nach zwei Tagen. Darauf Exitus noch am Abend unter zunehmenden Krämpfeerscheinungen. Verfasser warnt vor Anwendung des Mittels bei Nieren- oder Leberinsuffizienz, und es häufiger als in achttägigen Intervallen zu geben.

2. Bemerkung zur Anwendung des Adrenalins nach Salvarsaninjektionen, von Schwarzman. Verfasser empfahl schon vor zwei Jahren die Anwendung von Adrenalin zur Hebung der arteriellen Hypotonie nach Salvarsaninjektion. Es gibt aber Fälle, wo das Salvarsan eine Hypertonie hervorruft, hier wäre das Adrenalin als vasokonstriktorisches Mittel contraindiziert. Deshalb überzeuge man sich genau von der Gefäßspannung der Patienten.

3. Supratrochleare Drüsen bei Syphilis, von Lévy-Fränkel. Kubitaldrüsen sind außerordentlich selten, außer bei Syphilis. Bei Sekundärerscheinungen der Haut und Schleimhaut fehlt die Schwellung der Kubitaldrüsen häufig. In Fällen mit sehr geringen oder keinen Sekundärsymptomen ist sie sehr oft; sie besitzt diagnostischen Wert selbst bei negativem Wassermann, kann mehrere Jahre persistieren ohne Vorhandensein anderer Erscheinungen.

Nävus und Erbsyphilis, von Gougerot und Blum. 21jähriger Mann mit einem Naevus verrucosus der linken Gesichtshälfe und Stigmata hereditärer Lues bei positivem

Digitized by Google

Wassermann; außerdem Lymphdrüsentuberkulose am Halse. Häufiges Auftreten von Hautdystrophien bei Erbsyphilis, und von Drüsentuberkulose.

Paralyse rapid beschleunigt durch Salvarsan, von Bobrie. Ein 35jähriger, vor sieben Jahren infizierter, stark nervös prädisponierter Mann, Wassermann positiv, nach 0,15 Neosalvarsan intravenös Ausbruch der Paralyse. Haas-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Wie viele Syphilitiker lassen sich genügend behandeln? von C. Philip-Hamburg. (M. m. W., 1914, Nr. 5.) Im Laufe der fünf Jahre 1908—1912 wurde Verfasser von 1433 syphilitisch Erkrankten konsultiert. Zumeist handelte es sich um Kassenpatienten, Seeleute und seßhafte Arbeiter, zu denen sich nur wenige Privatpatienten hinzufanden. Die Seeleute, 862 an der Zahl, wurden in der Regel alsbald nach Stellung der Diagnose in die Klinik aufgenommen; infolgedessen haben 849 von ihnen wenigstens einmal eine regelrechte Kur durchgemacht, und nur 13 entzogen sich ganz der Behandlung. Dagegen haben unter den Landbewohnern unter 571 Fällen 49 sich ganz der Behandlung entzogen. Ferner ist zu konstatieren, daß 1280 der 1433 nicht über eine zweimalige Behandlung hinausgingen, und 883 es sogar bei einer einmaligen Kur bewenden ließen. Philippi-Salzschlirf.

Ist konstitutionelle Syphilis vom Ohr aus zu diagnostizieren? von O. Beck-Wien. (M. m. W., 1913, Nr. 50.) Bei einer großen Anzahl von Syphilitikern, welche vor Einleitung der Salvarsanbehandlung dem Verfasser zur otologischen Untersuchung zugewiesen wurden, fand dieser, daß bei sonst normalen Gehörsverhältnissen eine meßbare Verkürzung der Kopfknochenleitung bestand, und er bezeichnet diesen Zustand als ein fast sicheres Symptom von Lues. Sehr beachtenswert ist die Beobachtung, daß bei einigen daraufhin untersuchten Patienten die Erscheinung wesentlich modifiziert wurde, als durch Lumbalpunktion der Zerebrospinaldruck herabgesetzt wurde.

Philippi-Salzschlirf.

Syphilis in der medizinischen Poliklinik, von E. B. Krumbhaar und C. M. Montgomery-Philadelphia. (J. am. m. Ass., 24. Januar 1914.) In der medizinischen Poliklinik des Pennsylvaniahospitals spielt in mindestens drei Prozent der Fälle die Syphilis eine Rolle. Die Symptome sind hierbei oft sehr dunkel und irreführend; die Erkrankungen stellen sich ganz anders dar, als in der Poliklinik für Geschlechts- oder für Nervenkrankheiten, in welchen die Patienten gewöhnlich bestimmte Symptomenkomplexe aufweisen. Die Studierenden sollten mehr auf dieses atypische Auftreten der Syphilis hingewiesen und daran erinnert werden, in der allgemeinen Praxis stets auf Syphilis zu fahnden. Fendt-Wiesbaden.

Die Biologie der Syphilis, von J. E. R. McDonagh. (M. Press. a. Circ., 14. Januar 1914.) Zum Referat ungeeignet. Erwähnt mag sein, daß Verfasser den Wert der Wassermann-Reaktion und der Luetinreaktion recht gering einschätzt.

Fendt-Wiesbaden

Injektionsnekrosen bei Syphilis, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (Lancet-Clinic, 5. Juli 1913.) Unter Beifügung sehr instruktiver Abbildungen beschreibt Verfasser einzelne Fälle, in denen es zu Gewebszerfall nach Sublimatinjektionen ins Gesäß, tiefer intramuskulärer Salvarsaninjektion in den Oberschenkel und sogar nach intra-

Digitized by Google

venöser Infusion am Ellenbogen kam. In einem zweiten Fall ist Salvarsan beim Versuch intravenöser Zuführung in das Gewebe geraten und hat an beiden Ellenbogen außerordentlich ausgedehnte Periphlebitis mit schweren sekundären Bewegungsstörungen hervorgerufen. Was resultiert, wenn Unberufene gewisse Eingriffe machen, zeigt Verfasser an den Abbildungen zweier Ellenbogen, in denen um den halben Arm herumgehende Narben von Schnittwunden sichtbar sind, Konsequenzen einfacher Blutentnahme der Wassermannschen Untersuchung. W. Lehmann-Stettin.

Über Mischschanker, von Saul Steinen-New York. (New York m. J., 3. Jan. 1914.) Der Mischschanker entsteht durch gleichzeitige oder aufeinanderfolgende Inokulation beider Gifte, des syphilitischen und Schankervirus. Sein Aussehen ist wechselnder Art, manchmal an Schankroid, manchmal an wirklichen Schanker erinnernd; gewöhnlich beginnt er als Schankroid. Meist ist diese Art Schanker mit Phimosis und eiterndem Bubo kompliziert. Eine Induration ist nicht immer vorhanden. Der Mischschanker ist häufiger als allgemein angenommen wird, die Diagnose am Beginn eine ziemlich schwierige, jede Wunde (am Gliede) muß genau beobachtet werden und man muß seine Ansicht dem Patienten gegenüber möglichst vorsichtig äußern. Die bakteriologische Untersuchung (Eiter: Ducrey'scher Bazillus und abgeschabte Partikelchen aus den Randzonen: Spirochäten) und später (nach 4—5 Wochen) Wassermannsche Reaktion sind von großer Wichtigkeit. Der indurierte, nicht eiternde Bubo ist von großer Bedeutung für die Diagnose, insofern wir ihn in Fällen von Mischschanker finden, welcher wie weicher Schanker aussieht, und so bis zum Ende der Krankheit bleibt.

Stern-München.

Primäre Syphilis der Conjunctiva bulbi, von Charles Nelson Spratt-Minneapolis. (J. Am. m. Ass., 27. Sept. 1913.) Verfasser hat 21 Fälle von Primäraffekt der Conjunctiva bulbi veröffentlicht gefunden; 17 davon gehören der französischen Literatur an; einen weiteren beschreibt er selbst. Beachtung verdient besonders die Übertragung auf Ärzte durch Anhusten von seiten der Patienten bei der Untersuchung des Halses. Fournier beobachtete fünf Primäraffekte an den Augen bei Ärzten, die auf diese Weise angesteckt waren. Im Anfangsstadium ist die Diagnose schwer, nach Ablauf von zwei Wochen ist sie jedoch sicher zu stellen, wenn überhaupt der Gedanke daran auftaucht. Nachweis der Spirochaeta pallida! Der Schanker heilt ohne dauernde Beeinträchtigung des Auges mit einer kleinen weißen Narbe; bei Lokalisation am Limbus kann auch ein Fleck auf der Kornea zurückbleiben. Zur lokalen Therapie ist Kalomel zu empfehlen, zur allgemeinen Salvarsan oder Neosalvarsan. Fendt-Wiesbaden.

Ein Beitrag zur Syphilis insontium, von R. v. Planner. (M. Kl., 1913, Nr. 48.) Der Verfasser bespricht erst die verschiedenen Einteilungen der Syphilis insontium in Gruppen, wie sie besonders von Bulkley vorgeschlagen worden sind; doch haben dieselben höchstens für die Statistik einen Zweck, während sie für die Praxis ohne Bedeutung bleiben. Er selbst schildert dann einige besonders interessante eigene Beobachtungen. In erster Reihe stehen von extragenitalen Infektionen natürlich die Lippen- resp. Mundinfektionen, die teils durch Küsse, teils durch Berührung ungenügend gereinigter Trinkgefäße, teils instrumentell veranlaßt sind. Für die Praxis haben die mitgeteilten Fälle wenig Bedeutung. Nur ein Fall, in dem das Bild der ursprünglich nicht zu diagnostizierenden Affektion durch fortgesetzte Ätzungen so getrübt war, daß die Diagnose erst drei Monate später bei Ausbruch von Sekundärsymptomen gestellt werden konnte, zumal die Wassermannsche Reaktion negativ ausgefallen war, hat größeres praktisches Interesse, weil er die Schädlichkeit von Ätzungen suspekter Geschwüre beweist.

Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Beitrag zur Frage der Reinfektion, von H. Löhe. (B. kl. W., 1913, Nr. 20.) Aus der Lesserschen Klinik bringt Verfasser drei Krankengeschichten von sicherer Reinfectio syphilitica. Andererseits teilt er die Bedenken von Fribobs, der einen großen Teil der als Re- und Superinfektion beschriebenen Fälle nicht anerkennt, sie vielmehr als „Solitärsekundäraffekte" auffaßt. Wenn man sich diese Auffassung zu eigen macht, so ist damit bewiesen, daß eine vollkommene Heilung im Sinne der Therapia sterilisans magna Ehrlichs nicht gelungen, aber doch eine fast vollkommene erzielt ist, die ja die Vorbedingung für das Auftreten eines Solitärsekundäraffektes bildet. Zum Schluß tritt Verfasser warm für eine rechtzeitig eingeleitete, sehr energische Behandlung besonders bei Primäraffekten ohne Sekundärerscheinungen ein. Es gelingt dann mit größerer Sicherheit, dem Ziel, die Syphilis mit einer Kur zu heilen bzw. die zur Heilung erforderliche Behandlungszeit abzukürzen, näher zu kommen. Georg Heymann-Elbing.

Klinischer Beitrag und kritische Bemerkungen über die Reinfektion, Superinfektion und das syphilitische Rezidiv vom Typus des Primäraffekts, von Mariani Giuseppe. (Policlinico, August 1913, Nr. 8.) Der Verfasser teilt vier eigene Fälle von Reinfektion mit:

I. 25 jähriger Mann. Februar 1911: zwei Primäraffekte am Präputium mit Leistendrüsenschwellung. Spirochäten +. W. ++. März 1911: 0.3 Salvarsan intravenös und 0.6 intramuskulär. März bis Juli 1911: keine Symptome. Die Leistendrüsen sind verschwunden. August 1911: es erscheinen am inneren Vorhautblatt an anderer Stelle als früher zwei charakteristische Sklerosen mit Lymphangitis des Penisrückens und voluminösen Leistendrüsen. Spirochäten +. Ende September 1911: makulopapulöser Ausschlag am Rumpf und den Gliedern. W. +. Oktober 1911: Polyadenitis, Kopfschmerzen. W. ++. 0,5 Salvarsan intravenös mit starker allgemeiner und lokaler Herxheimerscher Reaktion 0.4 Salvarsan intramuskulär. Rasches Verschwinden der Symptome.

II. 23 jähriger Mann. Mai 1911: Sklerose im Sulkus, geringe Inguinaldrüsenschwellung. Spirochäten +. W. —. 0,3 Salvarsan intravenös und 0,6 intramuskulär. Verschwinden der Ulzeration und Rückgang der Drüsen. Juli 1911: keine Symptome. W. —++. September 1911: in der Nähe der alten Sklerosennarbe erscheint eine Läsion, welche im Oktober 1911 ganz den Aspekt eines Primäraffekts hat. Voluminöse Inguinaldrüsen. Spirochäten +. W. —. 16. Oktober 1911: W. —. 25. Oktober 1911: Roseola. W. 0,1 —; 0,2 —+; 0,3 +. November 1911: Polyadenitis diffusa, Kopfschmerzen, Papeln in der Nähe der Sklerose mit positivem Spirochätenbefund. W. ++. 0,4 Salvarsan intravenös. Herxheimersche Hautreaktion. 0,6 Salvarsan intravenös. Verschwinden der Symptome. 30. November 1911: W. —+.

III. 32 jähriger Arbeiter. September 1911: Schanker am inneren Präputialblatt. Polyadenitis. Roseola. Spirochäten +. W. ++—. 0,3 Salvarsan intravenös und 0.6 intramuskulär. Rasches Verschwinden der Roseola und der Sklerose. Während eines Jahres war der Kranke ohne Symptome. Oktober 1912: mehrere typische Schanker im Sulkus mit starker Lymphangitis und typische Adenitis inguinalis. Spirochäten +. W. +—. November 1912: Roseola am Rumpf, Papeln am Skrotum und den Tonsillen. Spirochäten in allen diesen Symptomen. Knochenschmerzen. Rückgang der Initialsklerosen. W. ++. Salvarsan intravenös. Starke Herxheimersche Reaktion.

IV. 24 jähriger Student. Februar 1910: Schanker am Frenulum. Roseola und Papeln. Quecksilberkur. Mai 1911: Roseola, Polyadenitis, nässende Papeln. Spirochäten in allen Läsionen. W. ++—. Zwei intramuskuläre Salvarsaninjektionen von 0,4. Verschwinden der Erscheinungen. August 1911: keine Erscheinungen. W. +—. 0.4 Salvarsan intramuskulär. November 1911: keine Manifestationen. W. ——+. 0,4 Salvarsan intramuskulär. Februar 1911: id., id., id. Ende April 1912: es erscheinen

Digitized by Google

am innern Vorhautblatt eine Menge ulzerierter Läsionen, die ganz die Form von Initialschankern haben. Viele Spirochäten darin. Lymphangitis und sehr voluminöse Lymphadenitis. W. — — +. Zwei intramuskuläre Salvarsaninjektionen von 0,4. Rasches Verschwinden der Symptome. 20. Mai 1912: keine Symptome. W. + + —. 0,4 intramuskulär. Juli 1912: id., id. W. + — —. 0,4 intramuskulär. A. Gunsett-Straßburg.

Weitere Beiträge zur Reinfectio syphilitica nach Salvarsan und zur Biologie der humanen Syphilis, von Gennerich-Kiel. (M. m. W., 1913, Nr. 43 u. 44.) Außer sieben schon anderweitig besprochenen Fällen von syphilitischer Reinfektion verfügt Verfasser über noch weitere acht, so daß ihm für diese Abhandlung die bei 15 Fällen ausgeführten Beobachtungen zu Gebote standen. Nach der eingehenden Berücksichtigung aller in Betracht kommenden klinischen und serologischen Momente, wie in den Umrissen der Krankengeschichten dargelegt ist, dürfte irgend ein Irrtum in der Beurteilung der Fälle völlig ausgeschlossen sein. Speziell die Möglichkeit, daß die als Primärsyphilid der Reinfektion angesprochene Läsion in Wirklichkeit ein rezidivierendes Monosyphilid der späteren Sekundärperiode sein könnte, ist nach G.s Darlegungen mit Bestimmtheit zurückzuweisen. Als weitere Schlußfolgerungen aus einer eingehenden Besprechung dieser Untersuchungen führt Verfasser ferner aus, daß es unrichtig ist, das dritte Stadium der Lues als das gummöse zu bezeichnen, denn unter Tertiarismus ist logischerweise der Eintritt wirksamer Immunvorgänge zu verstehen. Der noch unvollkommene Rückgang der Allgemeininfektion unter der Wirkung der Immunvorgänge bildet schließlich den Anlaß zur virulenten Entwicklung restlicher Herde im Spätstadium der Lues, gummöse Prozesse, Metalues, Aortitis u. dgl. Solange noch keine genügenden Immunvorgänge sich herausgebildet haben, stellt sich eine Allgemeindurchseuchung im Körper wieder her. Im anderen Falle kommt es infolge der weiteren Einschränkung der Allgemeinausbreitung zu einer gesteigerten Entwicklung der restlichen Herde unter dem Einfluß der eingeleiteten Salvarsanbehandlung. Zur Beleuchtung der Bedeutung einer recht energischen Syphilistherapie, wie G. sie ausführt mit Salvarsan und Hg, sei noch erwähnt, daß er in seiner letzten Serie von 500 Fällen keine Neurorezidive mehr erlebt hat. Philippi-Salzschlirf.

Zwei Fälle von Reinfektion bei Salvarsan-Quecksilber-behandelten Patienten nebst einer Zusammenstellung unserer Resultate mit der kombinierten Behandlung, von H. Boas-Kopenhagen. (M. m. W., 1913, Nr. 47.) Der eine Patient, ein 25jähriger Kaufmann, akquirierte im März 1912 zwei typische Indurationen an der Cutis penis mit deutlich positivem Spirochätenbefund. Behandlung: 0,6 Salvarsan intramuskulär, 0,4 intravenös und 50 Einreibungen mit Ungt. hydrarg. cin. (3,0). Bis März 1913 blieb Patient bei monatlich ausgeübter Kontrolle frei von Sekundärerscheinungen bei stets negativem Wassermann. Alsdann erfolgte Wiederaufnahme wegen frischer Blennorrhoe, und 3 Wochen nach dem infektiösen Koitus stellte sich auch ein typisches Primärsyphilid am Frenulum ein, dem nach weiteren 7 Wochen eine typische Roseola folgte. Der zweite Fall ist fast ebenso präzis in bezug auf die Beweismomente verlaufen. Die beigefügten Tabellen beweisen ebenfalls schlagend die Überlegenheit der kombinierten Behandlungsart. Philippi-Salzschlirf.

Beitrag zur Reinfectio syphilitica, von Victor Mentberger-Straßburg. (M. Kl., 1913, Nr. 53.) Der Verfasser hält Syphilisreinfektionen für ein seltenes Vorkommnis und steht daher den seit dem Beginn der Salvarsanära so vielfach publizierten Fällen sehr skeptisch gegenüber. Um diese Skepsis zu rechtfertigen, beleuchtet er einige von den als Reinfektionen in der Literatur beschriebenen Fällen kritisch und glaubt, daß es sich in diesen teils um schankriforme Rezidive gehandelt hätte, oder daß die Beobachtungen der früheren Erkrankung oder der sogenannten Reinfektion nicht ganz einwand-

Digitized by Google

frei seien. Er führt einen selbstbeobachteten Fall an, in dem er an eine Reinfektion geglaubt hätte, wenn nicht eine neue Sklerose genau an der Stelle der früheren gesessen hätte und die regionäre Drüsenschwellung gefehlt hätte, und endlich die Roseola großfleckig und annulär gewesen wäre. Man soll von einem Fall von echter Reinfektion nur unter folgenden Bedingungen sprechen: genaue Feststellung der ersten Infektion; Konstatierung einer zweiten Infektion, welche vom Auftreten des Primäraffektes, typische Drüsenschwellung bis zum Ausbruch des Exanthems (darunter kleinfleckige Roseola), von einem Spezialarzt beobachtet wurde. Auf dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion und der anamnestischen Angabe des Patienten darf nur wenig Gewicht gelegt werden. Zum Schluß betont Mentberger, daß, wenn nur wenige Fälle einer strengen Kritik standhalten, die Möglichkeit besteht, daß Salvarsan oder Quecksilber oder beide zusammen eine Kupierung der Syphilis zustande bringen. Lasch-Breslau.

Zwei Fälle von Reinfektion von Syphilis nach Salvarsanbehandlung, von N. Müllern-Aspegren-Stockholm. (Allmänna svenska Läkaretidningen, 1914, Nr. 7.) Erster Fall: Reinfektion 3 Monate nach der ersten, die mit zwei intravenösen Salvarsaninjektionen à 0,4 g behandelt worden war. Sklerose an einer neuen Stelle. Zweiter Fall: Erste Infektion November 1911, mit 5 Injektionen von Hg salicyl., 5 Merkuriolinjektionen und 2 Salvarsaninjektionen behandelt. Wassermann negativ am 4. September und 5. Oktober 1912. Neue Infektion Oktober 1912. Sklerose an anderer Stelle als bei der ersten Infektion. Verlauf und Seroreaktion deutet nach dem Verfasser auf Reinfektion. Wilh. Holland-Kristiania.

Beitrag zur Reinfectio syphilitica, von E. Hardrat-Kiel. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Verfasser schildert aus dem Marinelazarett Kiel-Wik zwei Fälle, welche ziemlich vollständig auch nach den neueren Untersuchungsmethoden beobachtet werden konnten und sicherlich als neuerliche Infektion nach erstmalig erfolgreich behandelter Erkrankung aufzufassen sind. Philippi-Salzschlirf.

Ein eigenartiger Fall von syphilitischer Reinfektion, von F. Lesser-Berlin. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Die Hauptmomente dieser jedenfalls nicht ganz gewöhnlichen Krankengeschichte sind folgende: Am 9. Okt. 1913 kam der durch einen am 12. Sept. erfolgten extramatrimoniellen Koitus infizierte Patient mit einem angeblich 8 Tage alten Schanker in Behandlung. Spirochätenbefund positiv, Wassermannsche Reaktion negativ. Auf Neosalvarsanbehandlung Heilung des Ulkus bei dauernd negativer Wassermannscher Reaktion, die zuletzt am 11. Nov. ausgeführt wurde. Am 24. Dez. 1913 neues Ulcus durum an anderer Stelle des Penis nach extramatrimoniellem Verkehr am 15. und 23. Dez. Auf Neosalvarsan verlief die Affektion wiederum günstig, aber am 22. Jan. 1914 brachte Patient seine mit deutlichen Sekundärerscheinungen behaftete Gattin zur Behandlung. Verfasser nimmt an, daß Patient seine Frau in der Zeit seiner ersten Erkrankung vor Beginn der Behandlung infizierte und nachher in der Zeit nach dem 11. Nov. von ihr ihrerseits infiziert wurde. Philippi-Salzschlirf.

Syphilitische Reinfektion, von Gueybat, Demanche und Marcel Pinard. (Bull. méd., 1914, Nr. 18.) Der Kranke hatte im Januar 1911 einen Sklerosenrest und erhielt Protojoduretpillen und graues Öl; im Juli 1911 ausgebreitetes Exanthem, weshalb $3 \times 0{,}6$ Salvarsan. September und Dezember 1911 und März 1913 negativer Wassermann. Am 20. Februar 1914 Sklerose am Penis mit Drüsenschwellung. Richard Frühwald-Leipzig.

Beobachtungen über die syphilitischen Erkrankungen innerer Organe, von Lenzmann-Duisburg. (M. Kl., 1913, Nr. 45.) Je mehr sich die Durchführung der Wassermannschen Reaktion einbürgert, um so häufiger wird bei Erkrankungen innerer Organe Lues als ätiologisches Moment erkannt. Während man früher in solchen Fällen

Digitized by Google

über die Ursache der Erkrankung im Dunkeln tappte, teils weil eine luetische Infektion geleugnet, teils weil sie dem Patienten oder seiner Umgebung unbekannt war (z. B. bei Syphilis congenita), so ist man nach der Ansicht des Verfassers verpflichtet, jetzt fast in jedem Falle mit unklarer Ätiologie eine serologische Untersuchung vorzunehmen. Lenzmann belegt diese Ansicht zunächst durch zwei Krankengeschichten von schweren Lebererkrankungen bei zwei Frauen in höheren Lebensjahren, bei denen nach dem ganzen Verlauf der Krankheit die Diagnose: Leberkarzinom wohl berechtigt war, bis der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion den Verfasser zur Einleitung einer antiluetischen Kur veranlaßte, welche in beiden Fällen zur Heilung führte. Quasi in Parenthese macht Lenzmann darauf aufmerksam, daß auch im Sekundärstadium der Lues schon Lebererkrankungen vorkommen können. In einem dritten Falle war bei einer sicher luetischen Patientin mit positiver Wassermannscher Reaktion die antiluetische Behandlung erfolglos, da hier die Lebererkrankung durch maligne Adenome hervorgerufen war. Im Anschluß an diese Fälle bespricht Lenzmann Fälle von Magen- und Darmlues, in denen rechtzeitig eingeleitete antisyphilitische Behandlung zur Genesung führte, und ebenso lenkt er die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen rein syphilitischer Nierenerkrankungen. Besonders interessant sind Fälle von retroperitonealer und intermesenterialer luetischer Infiltration, wobei sich dichte luetische Infiltrate bis zum Pylorus und zwischen den Blättern des Mesenteriums bis zum Darm erstrecken und eine Verengerung des Magen- resp. Darmlumens bewirken können. Lenzmann selbst sah im Anschluß an eine Geburt eine fast brettharte Geschwulst im Parametrium auftreten, die zunächst für eine Parametritis gehalten wurde, bis die dauernd geringe Schmerzlosigkeit und geringe Temperaturerhöhung im Verein mit Lues in der Anamnese die Veranlassung gaben, Hg und Jod anzuwenden, und zwar mit außergewöhnlichem Erfolge; hier hatte wohl der Partus wie ein Trauma gewirkt, das bekanntlich die Ansiedlung von Spirochäten an der betreffenden Stelle sehr begünstigt. Bei Erkrankungen des Blutes macht Lenzmann einen Unterschied zwischen quantitativer und qualitativer Veränderung der Blutelemente, je nachdem wir es mit einer einfachen Anämie oder mit einer Funktionsstörung der blutbildenden Organe zu tun haben; bei zu hochgradiger Schädigung der letzteren wird oft auch eine Salvarsankur wenig Erfolg haben. Auch bei den im Anfange oft übersehenen und dann meist irreparabeln Erkrankungen des Zirkulationsapparates — bei der Aortitis luetica (speziell Insuffizienz der Aortenklappen, Aneurysmabildung und Aortitis der Koronararterien) — bringt die antiluetische Therapie oft nur noch Besserung; jedoch hat Lenzmann bei Angina pectoris oft vorzügliche Wirkungen von intravenösen Neosalvarsaninjektionen gesehen, wenn es noch nicht zu bindegewebiger Schrumpfung und dauernder Verengerung der Koronararterien gekommen ist, sondern erst zu noch rückbildbaren Infiltraten der Adventitia und Media. Lenzmann berichtet dann über drei Fälle von apoplektiformen Anfällen, die durch die Erkrankung der Gehirnarterien hervorgerufen, noch durch eine energische Hg-Jod-Salvarsanbehandlung zur Heilung kamen. Er bespricht dann das Zustandekommen der Hirnlues und die oft schwer zu stellende Differentialdiagnose zwischen Hirnlues und beginnender progressiver Paralyse. Diese letztere Erkrankung faßt der Verfasser nach Noguchis Spirochätenbefunden nicht mehr als eine metasyphilitische auf, sondern als eine echte Hirnlues, die sich auszeichnet durch besonderen Sitz der Erkrankung im Gehirn (nämlich besonders graue Rinde des Stirn- und Parietallappens), durch besondere Lagerung des Erregers (im Gewebe zwischen den Ganglienzellen), ferner durch eine besondere Reaktion des Organismus resp. des befallenen Organs gegen die Endotoxine und endlich wohl auch durch eine besondere Lebensphase der Spirochäte, durch welche dieselbe gegen unsere antiluetischen Mittel widerstandsfähig geworden ist. Dieser Auffassung entsprechend sieht Lenzmann keine unüber-

Digitized by Google

brückbare Kluft mehr zwischen der Hirnlues und der inzipienten Paralyse, und logischerweise erhofft er dann auch die Möglichkeit einer Heilung durch rechtzeitig, d. h. im Beginn der Paralyse eingeleitete und konsequent fortgesetzte, antisyphilitische Kuren, besonders mit Salvarsan; er glaubt selbst schon drei derartige Fälle beobachtet und mit Erfolg behandelt zu haben. Auf demselben Standpunkte steht der Verfasser auch bei der Tabes; was schon der Degeneration verfallen ist, ist nicht mehr zu retten, wohl aber ist nach seiner festen Überzeugung ein weiteres Fortschreiten aufzuhalten. Die Forderung, welche Lenzmann aus seinen mitgeteilten Beobachtungen an einem großen und verschiedenartigen Krankenmaterial für die Behandlung der Syphilis zieht, ist die, daß die Syphilis von Anfang an energisch bis zum Negativwerden und Negativbleiben der Wassermannschen Reaktion bekämpft werden muß. Lasch-Breslau.

Ein Fall von annulärem papulösem Syphilid bei einer Negerin, von Howard Fox-New York. (J. Am. m. Assoc., 10. Mai 1913.) Das annuläre Syphilid tritt bei der farbigen Rasse häufiger und auch viel ausgebreiteter als bei der weißen auf. Die gewöhnlich 6—8 Monate nach der Infektion auftretende Eruption wird meist im Gesicht, aber auch am Stamm, an den Extremitäten und besonders auf dem Rücken beobachtet. Diagnostische Fehler kommen nicht selten vor, indem die Erkrankung für Ringwurm oder Erythema multiforme gehalten wird. Verfasser beschreibt einen durch Photographien sehr instruktiven Fall eines solchen Syphilides; das deutlichste befand sich nahe dem linken Mundwinkel: es bestand aus einem völligen Kreis von einem Zoll Durchmesser, der zwei andere konzentrische Kreise einschloß. Fendt-Wiesbaden.

Gummöse Syphilis mit Adenopathie, von Nicolas, Massia, Gaté und Pillon. (Lyon méd., 1914, Nr. 19.) Zwei Patienten litten an einer Affektion der Zunge bzw. Lippe, die wie Krebs aussah; derbe regionäre Drüsenschwellung befestigte diese Diagnose. Bei dem zweiten wurde auch die Exstirpation vorgenommen, doch erfolgte schon nach einem Monat ein Rezidiv in der Narbe. Bei ihm ergab die histologische Untersuchung, beim ersten der Effekt der Therapie die Diagnose Syphilis. Ein dritter Fall hatte Läsionen des Gesichts, die zwar wie Gummen aussahen, doch ließen vereiterte Drüsen an Tuberkulose denken. Der negative Tierversuch und der gute Effekt von Neosalvarsan sprachen für Syphilis. Es ergibt sich, daß in manchen Fällen das klinische Bild der tertiären Syphilis von dem der Tuberkulose und des Krebses nicht zu unterscheiden ist. Richard Frühwald-Leipzig.

Gumma des Lides, von Rollet und Genet. (Lyon méd., 1913, Nr. 41.) Das 9jährige Mädchen hatte auf der inneren Hälfte des linken Oberlides eine einfrankstückgroße, tiefe, nicht indurierte, krustöse Ulzeration mit überhängendem Rande; die Umgebung ödematös und gerötet. Das Leiden begann vor einem Monat mit einem Knoten, der rasch zerfiel. Links eine große, präaurikuläre Drüse, Narben an der Nase und an der rechten Tibia. Iritis beim Vater und Aborte der Mutter wiesen im Verein mit den Erscheinungen auf Erbsyphilis hin. Rapide Heilung durch spezifische Behandlung. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Verwendung von Arsenverbindungen bei syphilitischen Erkrankungen der Nase und des Halses, von H. L. Whale-London. (Lanc., 1913, Nr. 4691, S. 218.) Bei 16 Patienten mit syphilitischen Erkrankungen der oberen Luftwege und des Rachens hat Verfasser teils Salvarsan, teils Neosalvarsan und auch das Allenburysche „Hyposol" angewandt. Letztere Emulsion wurde (viermal) intramuskulär gegeben, die anderen Präparate meist intravenös. Im ganzen wurden 43 Injektionen gegeben. Die Resultate waren entschieden befriedigend, und Schädigungen wurden, trotzdem die Behandlung ambulant erfolgte, nicht beobachtet. Philippi-Salzschlirf.

Diagnose und Therapie der Laryngitis luetica, von Joseph C. Beck-Chicago.

Digitized by Google

(J. Am. m. Assoc., 27. Sept. 1913.) Die Symptome der luetischen Erkrankung sind ziemlich selten nur auf den Larynx beschränkt; gewöhnlich ist auch die Nase, der Nasopharynx, der Mund, die Zunge und der Oropharynx erkrankt. Zwei Hauptformen der Laryngitis luetica sind zu unterscheiden: erstens die kongenitale und spätereditäre, zweitens die erworbene. Bei der spätereditären Form findet man neben der Hutchinsonschen Trias narbige Veränderungen der Epiglottis. Bei der erworbenen Form ist der primäre Schanker eine große Seltenheit. Als Sekundär- und Tertiärstadien kommen in Betracht: Erytheme, Papeln, Kondylome, diffuse Infiltration, Knötchen, Gummata — sowohl solitäre als auch gummöse Infiltration — und Perichondritis, die zur Eiterung und daran anschließender Narbenbildung führen kann. Therapeutisch kommen in erster Linie Hg-Kuren in Betracht, außerdem in den späteren Stadien und besonders bei Gummen Jodpräparate. Bei den Frühformen gibt auch die intravenöse Anwendung von Salvarsan in großen Dosen ausgezeichnete Resultate. Daneben empfiehlt sich lokale Behandlung, die dem Einzelfalle angepaßt sein muß. Fendt-Wiesbaden.

Laryngitis luetica oder tuberculosa nebst Polyarthritis syphilitica acuta, von J. Geszti-Gyula. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 48.) Verfasser berichtet über eine 33jährige Kranke, deren fünf Kinder leben und gesund sind. Sie selbst stellt eine genitale Erkrankung in Abrede. Vor zwei Jahren wurde sie heiser; obgleich sie allerlei Gurgelwasser angewendet, verschlimmerte sich ihr Zustand immer mehr. Vier Monate später gesellten sich zu der Heiserkeit auch Rachenschmerzen. Sie konnte namentlich Flüssigkeiten kaum schlucken. Es wurden Ulzera konstatiert, die mit Lapis behandelt wurden; trotzdem verschlimmerte sich der Zustand. Auch Lungenspitzenkatarrh wurde konstatiert. Mit Spenglerschem Filtrat wurden sofort Injektionen vorgenommen. Schon nach sechs Einspritzungen waren die Schmerzen milder und sie konnte auch schon schlucken. Zur selben Zeit wurde sie auch lokaler Behandlung teilhaftig. Nach fünf Wochen hörten die Schmerzen ganz auf und sie schluckte auch schon ganz gut. Zwei Monate später trat ein Rezidiv auf. Nach wiederholter Spengler-Behandlung wurde die Kranke besser, aber doch nicht ganz geheilt. Indessen brachte sie ein gesundes Kind zur Welt. Bei ihrer Aufnahme ins Spital waren auf der linken Tonsille Ulcera luetica. Der obere Teil der Epiglottis fehlte; an seiner Stelle ist eine weiße, strahlige Narbe. Diagnose: Lues. Jodkaliumbehandlung; täglich 2 g, worauf der Ulkus auf der Tonsille am fünften Tage ganz von Belag frei und die Heiserkeit und Schluckbeschwerden verschwunden waren. Plötzlich schwollen bei hohem Fieber die Gelenke der rechten Hand und des Ellenbogens. Sie klagte über heftige Schmerzen, die sie nicht schlafen ließen. Das Fieber (Maximum 39° C, mit remittierendem Charakter) war namentlich in der Nacht hoch. Die Patientin nahm rasch ab, nährte sich nicht und verbrachte schlaflose Nächte. Mit Rücksicht darauf, daß bei ihr die Salizylate wirkungslos waren und weil die Schmerzen in der Nacht so heftig waren, erwachte der Verdacht, daß die Polyarthritis syphilitischen Ursprungs ist, und sie bekam Jodkalium. 2—3 Tage später nahm die Geduusenheit und die Schmerzhaftigkeit der Gelenke ab; die Temperatur sank; die Patientin konnte in der Nacht schlafen und fing an Appetit zu bekommen. Nach 4—5 Wochen vorgenommener Jodtherapie war die Polyarthritis verschwunden und die Patientin verließ die Anstalt. Verfasser glaubt, daß die sogenannte akute syphilitische Polyarthritis nichts anderes ist als eine Komplikation der Gelenksyphilis mit rheumatischer Entzündung. Die Polyarthritis syphilitica acuta hält er nicht für ein selbständiges Krankenbild, sondern als Komplikation der schon vorhandenen Gelenksyphilis mit rheumatischer Entzündung. Die Wirksamkeit der Spengler-Behandlung sieht Verfasser als Zufall an, denn Tbk. wurde in diesem Falle nicht nachgewiesen.

Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Über Lungensyphilis mit einem Falle, der auf spezifische Behandlung rasch zurückging, von ALBERT E. ROUSSEL-Philadelphia. (New York m. J., 27. Sept. 1913.) Der von R. beobachtete Fall betraf eine 24jährige Farbige, die jede Infektion leugnete, verschiedene Fehlgeburten hatte und schließlich noch ein Gumma (am Rippenbogen) und gleichzeitig eine Synovitis der Extensoren am Handgelenk bekam; Einreibungen von Ugt. cinereum und hohe Dosen Jodkalium brachten rasche Besserung und zwei Monate nach Beginn der Behandlung Heilung. Als Hauptsymptome dieser syphilitischen Komplikation, die an sich selten, deren Heilung aber noch seltener ist, führt R. folgende an: Husten, eines der frühesten, inspiratorische Dyspnoë, Hämoptyse (selten), abundanter, aber von Tuberkelbazillen freier Auswurf; Schmerz ist nicht besonders ausgeprägt, Abmagerung nicht so hochgradig wie bei Tuberkulose, Nachtschweiß in manchen Fällen, Fieber, wenn die Veränderungen ausgedehnte sind. Zu den diagnostischen Mitteln sind jetzt — neben sonstigen syphilitischen Erscheinungen — die WASSERMANNsche Reaktion und, wenn möglich, der Spirochätenbefund zuzurechnen. Stern-München.

Über tertiäre Lungensyphilis, von C. D. BARTELS. (Ugeskrift for laeger, 1914, Nr. 6.) Bei einem 42jährigen Weibe, das an einer Lungenkrankheit starb, wurde eine syphilitische Aorta, glatte Atrophie der Zunge, ein größerer Tumor an der Oberfläche der linken Lunge und mehrere kleine in der rechten, dicht unterhalb der Oberfläche gefunden. Per exclusionem, durch die Sklerose der Aorta und die Atrophie der Zunge, die positive WASSERMANNsche Reaktion (sowohl in der Pleuraflüssigkeit wie in dem Leichenblut) und durch das mikroskopische Bild kommt Verfasser zu dem Resultat, daß Gummata vorliegen. Wilh. Holland-Kristiania.

Alveolitis pulmonaris syphilitica mit Anthrakosis, von P. FILADORO. (Policlinico, Sept. 1913, Nr. 9.) Bei einem an vorgeschrittener Syphilis (beginnende Paralyse, Organveränderungen) gestorbenen Manne fand sich bei der Autopsie eine Bronchoalveolitis und Pulmonitis interstitialis syphilitica. Außerdem fand sich eine ausgedehnte Anthrakose und um jeden Herd eine entzündliche Infiltration, die aber in keiner Beziehung zum syphilitischen Prozeß stand, sondern lediglich als Fremdkörperreaktion aufzufassen war. A. Gunsett-Straßburg.

Häufigkeit der Syphilis bei viszeralen Affektionen, von O. WEILL. (J. de Bruxelles, 1914, Nr. 5.) Verfasser hat bei einer Reihe von inneren Erkrankungen die WASSERMANNsche Reaktion angestellt. Er fand eine derartige Verbreitung der Syphilis, daß auf vier Kranke einer internen Abteilung ein Syphilitiker kommt. Die Untersuchungen werfen auch einiges Licht auf die Ätiologie verschiedener Erkrankungen, wie Hemiplegien, Paraplegien, Meningomyelitiden, tardive Epilepsien, Nephritiden und Zirrhosen. Die WASSERMANNsche Reaktion ist in der internen Medizin ebenso notwendig wie die Harnuntersuchung. Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilitische Lähmung des Ösophagus, von R. SAUNDBY-Birmingham. (Brit. m. J., 31. Jan. 1914.) Ein 35jähriger, kräftig gebauter Mann, welcher 7 Jahre zuvor von S. wegen spätsyphiltischer Erscheinungen (Schwindel, Sehstörungen und späterhin auch leichte Sprachstörungen) behandelt worden war, erkrankte ziemlich plötzlich mit Schlingbeschwerden, so daß namentlich die Aufnahme von Flüssigkeiten ihm ganz unmöglich wurde und die Anwendung der Schlundsonde (welche keinerlei Hindernissen begegnete) notwendig wurde. Unter antisyphilitischer Behandlung besserte sich der Zustand, und nach 8 Tagen war der Patient imstande, wenigstens feste Nahrung zu schlucken. Verfasser sah den Patienten zuletzt im November 1913, d. h. volle 10 Jahre nach der ersten Konsultation, und konstatierte einen recht guten Gesundheitszustand.

Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Anorektales Syphilom, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., 1914, Nr. 25.) Eine Prostituierte litt an blutig-schleimigen Durchfällen und Stuhlinkontinenz. Die Analregion war infiltriert, livid, ulzeriert und fissuriert; im Rektum fühlte man eine große Höhle. Die Affektion setzte sich auch auf die Nates in Form typischer tertiärer Ulzerationen fort. Durch spezifische Behandlung wurde Ausheilung ohne Strikturierung erzielt. Richard Frühwald-Leipzig.

Tertiäre Syphilis der Milz, von Jeanselme. (Semaine méd., 1914, S. 273.) Eine Frau hatte eine enorm große Milz, weswegen ihr die Exstirpation empfohlen wurde. Die eingehende Untersuchung ergab aber Exostosen mit nächtlichen Schmerzen; Wassermann positiv. Die Kranke erhielt nun Neosalvarsan; nach der ersten Spritze schwanden die Schmerzen, nach fünf Injektionen war die Milz bedeutend verkleinert. Bei Milzvergrößerung soll man immer an Syphilis denken. Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilis vom Typus der Banti'schen Krankheit, von Caussade. (Semaine méd., 1914, S. 285.) Ein Mann zeigte seit 5 Jahren einen bedeutenden Milztumor; 2—3 Jahre später trat eine starke Anämie ein (bis 2600000 rote, 1800 weiße Blutkörperchen). Schließlich Glykosurie, Aszites und Ikterus; bald darauf trat der Tod ein. Die Sektion ergab spezifische Aortitis, Pankreas- und Milzsklerose und Perisplenitis. Wassermann positiv; spezifische Behandlung war ohne Erfolg geblieben.
Richard Frühwald-Leipzig.

Die großen syphilitischen Tumoren der Leber, von Lejars. (Semaine méd., 1914, Nr. 10.) Allgemeine Besprechung, besonders der Diagnose. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Hämolytischer Ikterus syphilitischer Natur, von Nicolas, Massia, Galé und Pillon. (Lyon méd., 1914, Nr. 11.) Die Affektion besteht bei einem Patienten mit sekundär-syphilitischen Symptomen. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Syphilis bei der Pathogenese des Diabetes mellitus, von G. Rosso-Neapel. (Gazz. intern. di Med. e Chir., 1913, N. 48.) Verfasser beschreibt einen Fall von Diabetes, der auf Syphilis beruhte und einer antiluetischen Behandlung wich.
K. Rühl-Turin.

Diabetes insipidus syphilitischer Natur durch Neosalvarsan gebessert, von Laignel-Lavastine. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 32.) Ein 26jähriger Mann leidet seit einem Jahre an Polyurie (28 Liter), die durch keine Therapie gebessert wurde. Die Lumbalpunktion ergab starke Lymphozytose des Liquors. Durch Neosalvarsan wurde Besserung erzielt. Richard Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Stadtrat Dr. Eugen Hopf-Dresden, Stabs- und Bataillonsarzt im Reserve-Infanterieregiment 101, hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. November 1914 | Nr. 45 | Band 59

Aus Prof. Unnas Dermatologikum.

Die Behandlung juckender Dermatosen mit Ringerscher Lösung und Eigenblut.

Von

Dr. Fritz Lux, Assistenzarzt.

Wie etwa in der Chirurgie die Bekämpfung des Schmerzes, so stellt in der Dermatologie der Kampf gegen den Juckreiz ein breites Gebiet für den Therapeuten dar. Dort verlangt der Patient von dem zugezogenen Chirurgen vor allem eine Linderung der Schmerzen, hier will er von seinem Juckreiz befreit werden. Wir alle haben wohl oft von Patienten, die an unerträglichem Juckreiz, z. B. bei Urtikaria litten, die Äußerung gehört: Ich möchte lieber die schlimmsten Schmerzen ertragen, als dieses quälende Jucken.

Hier bietet sich für den Arzt Gelegenheit, sich wirklich dankbare Patienten zu erwerben.

Wenn wir die Zahl der juckstillenden Mittel überblicken, so sehen wir, daß wir uns über einen Mangel an Auswahl nicht beklagen können. Unna hat in seiner Allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten die damals bekannten Antipruriginosa zusammengestellt. Es wird dort unterschieden zwischen solchen Mitteln, die den Nerven selbst beeinflussen und solchen, die ein bestehendes Mißverhältnis zwischen Lymphdruck und Oberflächendruck — welches eben nach Unna den Juckreiz erzeugt — zu beseitigen suchen. Von der ersten Gruppe erwähne ich die Karbolsäure, den Steinkohlenteer, das Kreolin, das Kreosot im Buchenholzteer, Guajakol, unter den Balsamen besonders Perubalsam und Styrax, ferner Ichthyol, Thiol, Tumenol. In der zweiten Gruppe werden unterschieden einerseits: Mittel zur Beeinflussung der Hyperkeratose, die Keratolytika: Salizylsäure, Kaliseife, Kalilauge, Ammoniak, Essigsäure als Ätzung, Kaseinsalbe, Pasta pisi, Kleienbad, Chlorkalzium der Kreuznacher Mutterlauge, andererseits Mittel zur Beeinflussung der Lymphstauung. Hier kommen die inneren Mittel zu ihrem Recht: Atropin, Belladonna, Ichthyol, salizylsaures Natrium, Antipyrin und Ammoniak, als äußere Druckmittel: der Zinkleimverband, Ichthyolkollodium, Gelanth, Kollodiumfirnisse, zur Erzeugung einer Wallungshyperämie: die Hitze in Form von Kompressen, des Plätteisens,

Digitized by Google

schließlich in verzweifelten Fällen mittels leichtem Überstreichen mit dem Paquelin.

Mit dem letztgenannten Mittel nähern wir uns schon erheblich der Medizin des Mittelalters, welche bei jeder Krankheit mit dem glühenden Eisen oder mit dem Aderlaß bei der Hand war. Aber auch gerade der Aderlaß, der in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts als überlebt und absurd fast in Vergessenheit geraten war, kam zuerst bei der Urämie wieder zu Ehren. Sahli und v. Leube u. a. machten eine Venaesectio mit anschließender Kochsalzinfusion zur „Organismusauswaschung" und dadurch zur Entfernung der spezifischen Giftstoffe. Dieselbe Methode wurde dann von Kocher bei Jodoformintoxikation, von Mosler bei Karbol- und von Gordon bei Kohlenoxydvergiftung mit lebensrettendem Erfolg angewendet.

Bruck [1]) ging nun von der Hypothese aus, daß gewisse Dermatosen, die von Jadassohn als autotoxisch bezeichnet werden, also inbesondere Pruritus und Urtikaria, ebenfalls durch Verminderung des kreisenden Giftstoffes beeinflußt werden könnten, und Bruck machte folgende Versuche: 1. einfache Venaepunctio und Entzündung einer größeren Menge Blutes ohne nachfolgende Infusion, 2. Venaepunctio und darauffolgende subkutane Infusion, 3. Venaepunktio mit darauffolgender Infusion von Kochsalzlösung. Er empfiehlt auf Grund seiner Beobachtungen die letztere Anwendungsweise, und zwar bei Pruritus universalis, Urtikaria, Erythema exsudativum multiforme, Dermatitis herpetiformis. Die Organismusauswaschung hatte hier einen „unverkennbar günstigen Einfluß ausgeübt".

Auf der anderen Seite hatten nun die Gynäkologen Freund [2]) und Mohr [3]) bei den Schwangerschaftstoxikosen, insbesondere bei der Eklampsie, gute Erfahrungen gemacht mit Serum von Graviden, Nichtgraviden, ferner von Männern, Meerschweinchen und Pferden. Es ist das Verdienst von A. Mayer und Linser [4]), die Serumtherapie auch auf die Schwangerschaftsdermatosen ausgedehnt zu haben. Sie verwandten zuerst nur Schwangerenserum, und mit gutem Erfolge. Linser [5]) hat im Anschluß daran seine Versuche fortgeführt bei juckenden Dermatosen Nichtschwangerer und fand als besonders geeignet Urtikaria, Pruritus, Prurigo, Strophulus, hämorrhagische Erkrankungen, Pemphigus. Injiziert wurde Menschenserum von Patienten, bei denen Syphilis und innere Tuberkulose ausgeschlossen war.

---

[1]) B. kl. W., 1911, Nr. 3. — [2]) B. kl. W., 1909, Nr. 15; D. m. W., 1911, Nr. 52. — [3]) B. kl. W., 1908, Nr. 40. — [4]) M. m. W., 1910, Nr. 52. — [5]) Arch. f. Derm., 1912, S. 701; M. Kl., 1911, Nr. 4; Sammlg. zwangl. Abhandlgn. a. d. Gebiete d. Derm., Bd. 2, H. 8.

Digitized by Google

An Stelle von Serum wurde von Rissmann [1]) als Notbehelf bei einer an lästigem Hautjucken leidenden Schwangeren die Ringersche Flüssigkeit versucht, und zwar mit eklatantem Erfolge.

Die Ringersche Flüssigkeit enthält bekanntlich in einem Liter destillierten Wassers 9,5 g ClNa; 0,2 g ClK; 0,2 g $CaCl_2$ und 0,6 g $NaHCO_3$. Die Lösung war von Ringer ursprünglich empirisch gefunden für die Erhaltung der Tätigkeit des ausgeschnittenen Froschherzens, und zwar waren die Salzmengen für Kaltblüter sämtlich geringer. Sie wurden dann für das Säugetierherz in der oben angegebenen Weise modifiziert. Die Ringersche Lösung hat den Zweck, der Blutflüssigkeit möglichst ähnlich zu sein in bezug auf seinen Salzgehalt und seinen osmotischen Druck. Eine Steigerung der Blutähnlichkeit will Locke [2]) erreichen durch Zusatz von Dextrose und Einleiten von Sauerstoff.

Fleig [3]) hat dann das Ziel noch weiter gesteckt, indem er außerdem $MgSO_4$, Na_2HPO_4, $MgCl_2$, Na_2SO_4 u. a. in bestimmtem Mengenverhältnis zusetzte; er erhält dann je nachdem seine sérums artificiels et médicamenteux. In der therapeutischen Praxis sind diese Lösungen nicht benutzt worden.

Die Behandlung der Dermatosen mit Serum Gesunder oder mit Ringerscher Flüssigkeit ging von dem Gedanken aus, ein die Dermatose verursachendes Gift zu verdünnen oder unschädlich zu machen. Da fand Spiethoff [4]), daß Eigenserum dieselben Dienste leistete. Nach den Erfolgen von Prätorius [5]) und Ravaut [6]) bei Pemphigus mit Eigenblut konnte Spiethoff bald über zahlreiche Heilungen mit intravenös injiziertem resp. reinjiziertem Eigenserum und Eigenblut berichten, und zwar sind die Indikationen im wesentlichen dieselben, die Linser gegeben hatte.

Ermutigt durch diese von verschiedenen Seiten berichteten guten Resultate wurden auch an unserer Klinik die Methoden nachgeprüft. Es wurde begonnen mit der Injektion von Serum eines Gesunden bei Urtikaria.

Die Krankengeschichte ist in kurzem folgende:

Frau S., klinische Privatpat., wird am 15. VII. 1913 wegen ausgedehnter Urtikaria aufgenommen. Pat. leidet an der Nesselsucht seit 8 Monaten. Vor 3 Monaten war sie auf kurze Zeit verschwunden, um dann äußerst heftig wiederzukehren. Seit 14 Tagen Verschlimmerung, Schlaflosigkeit, starke Unruhe, unerträglicher Juckreiz am ganzen Körper. Bei der Aufnahme: Der ganze Stamm und die Extremitäten sind übersät von zahlreichen typischen Urtikariaquaddeln. Es werden von dem Ehemann (Anamnese und Befund ergaben keine Anzeichen von Lues und Tuberkulose) ca. 50 ccm Blut aus

[1]) D. m. W., 1912, Nr. 24. — [2]) Zbl. f. Physiol., 1900, Bd. 14, Nr. 26. — [3]) Gaz. des hôp., Jahrg. 85, S. 317. — [4]) M. m. W., 1913, Nr. 10. — [5]) M. m. W., 1913, Nr. 16. — [6]) Ann. de Derm., Mai 1913.

Digitized by Google

der Kubitalvene entnommen, zentrifugiert und 5 Uhr nachmittags 20 ccm Serum der Pat. intravenös injiziert; nach anfänglichem leichtem Nachlassen des Juckens am Abend ist in der Nacht und am nächsten Morgen der Juckreiz in alter Stärke vorhanden, verschiedene Urtikariaquaddeln sind aufgetreten.

18. VII. Wiederholung der Seruminjektion.

19. VII. Keine Besserung. Auch in den nächsten Tagen Status idem, trotz gleichzeitig angewandter äußerer und innerer Behandlung. Die Injektionsbehandlung konnte nicht wiederholt werden. Pat. verläßt nach 14 Tagen kaum gebessert die Klinik.

Nach diesem Mißerfolge haben wir die Seruminjektion nicht wiederholt. Die Methode hat im Vergleich zu den weiter unten erwähnten den Nachteil, daß man außer dem Patienten noch eine blutspendende Person haben muß, von deren Gesundheit man sich überzeugt hat. Durch Anstellen der Wassermannschen Reaktion wird man in derartig schweren Fällen, die zum Handeln drängen, kostbare Zeit verlieren. So wird man in praxi wohl meistens auf anamnestische Angaben und Untersuchung auf Zeichen von manifester oder überstandener Lues angewiesen sein. Die Infektionsmöglichkeit mit Syphilis war hier nach 20jährigem Eheleben auszuschließen. Die Infektionsmöglichkeit durch Serum ist auch nach allgemeiner Ansicht gering, da etwa kreisende Spirochäten in das Zentrifugat geschleudert werden. Die Gewinnung des Serums erfordert durch das Zentrifugieren einen ziemlich erheblichen Zeitaufwand.

In dieser Beziehung ist die Behandlung mit Ringerscher Lösung wesentlich einfacher. Es wurden 10 Fälle mit Ringerscher Lösung behandelt.

Fall I. 25 Jahre, Kesselschmied.

Anamnese: Seit Anfang August, d. i. seit 3 Wochen Juckreiz an verschiedenen Körperstellen; es bildeten sich Brennesselquaddeln, die mehrere Stunden bestanden, stark juckten, dann verschwanden, um an anderen Stellen wieder aufzutauchen. Tagsüber Nachlassen des Juckens, in den letzten Nächten hat Pat. fast gar nicht geschlafen.

Status: Über den ganzen Körper verstreut zahlreiche typische Urtikariaquaddeln, zahlreiche Kratzstriemen. Temperatur 36,5. Urin o. B.

Diagnose: Urtikaria.

23. VIII. 1913: 10 Uhr vormittags intravenöse Injektion von 100 g Ringerscher Flüssigkeit ohne Blutentnahme.

Eine Stunde nach der Injektion ist der Juckreiz, der während derselben noch bestanden hatte, verschwunden. Leichtes Frostgefühl, Schwitzen am Kopf. Temp. 37,4. Urin o. B.

Nachmittags 4 Uhr: Urtikariaquaddeln noch sichtbar, keine neuen hinzugekommen, kein Juckreiz. Temperatur 36,7.

24. VIII. Pat. berichtet: Nachts nur einmal wegen Juckreizes an der Schulter aufgewacht, fühlt sich aber im ganzen viel wohler. Am Skrotum und auf der rechten Schulter sind neue Quaddeln.

Digitized by Google

9 Uhr vormittags Blutentnahme. 60 ccm aus der Armvene ohne nachfolgende Infusion.

25. VIII. Keine neuen Quaddeln, keine Kratzeffekte, Allgemeinbefinden gut.

28. VIII. Kein Rezidiv.

2. IX. Pat. berichtet, daß am 29. VIII. kleine Quaddeln an den Beinen aufgetreten sind, die aber nach 3 Stunden verschwanden. Im übrigen aber völlig ohne Juckreiz. Irgend eine äußere Therapie wurde nicht angewandt. Pat. fühlte sich außerordentlich wohl.

Berichtet am 2. Dezember, daß er völlig geheilt sei seit der Behandlung.

Fall II. Br., 14 Jahre, Schüler.

Anamnese: Seit Herbst 1912 Nesselsucht, über Nacht entstanden an wechselnden Körperstellen Quaddeln wie von Brennesseln, die stark juckten und nach mehrstündigem Bestande verschwanden, Schlaf gestört. Im Frühling und Sommer verschwand der Ausschlag völlig, trat vor 6 Wochen wieder auf, es wurden meist große Körperstellen anfallsweise befallen, besonders Beine, Gesicht, Seitenteile des Rumpfes.

21. XI. 1913. Status: Vereinzelte typische Urtikariaquaddeln am Stamm.

Diagnose: Urtikaria.

Pat. wird dreimal mit Eigenblut behandelt (s. u.), ohne Erfolg. Keine äußere Therapie.

24. XI. Rezidiv am Bauch.

10 Uhr vormittags 20 ccm Blut aus der Vene entnommen, unmittelbar anschließend 200 ccm Ringersche Flüssigkeit injiziert.

Nachmittags Temperatur 38,2, kein Schüttelfrost, nachts das erste Mal ungestört geschlafen, erst gegen Morgen geringes Jucken.

25. XI. In der Nabelgegend markstückgroße Quaddel.

26. XI. Eine ebenso große in der Gegend des linken Knies.

Pat. verläßt am 5. XII. ungeheilt die Klinik.

Fall III. M., Postassistent, 30 Jahre.

Anamnese: Pat. hat seit 4 Wochen Skabies mit typischer Lokalisation an Achselfalten, Handgelenken, zwischen Fingern usw. Beginn der antiskabiösen Behandlung mit Antiskabin und β-Naphtholsalbe, Thigenol 8 Tage vor der Aufnahme in die Klinik.

27. VII. Aufnahme. Wegen fortbestehenden Juckreizes und Kratzeffekten an den typischen Lokalisationsstellen wird die antiskabiöse Kur mit Styrax + Pasta Zinci sulf. fortgesetzt. Nach etwa 8 Tagen Effloreszenzen größtenteils verschwunden. Der Juckreiz, der früher am ganzen Körper zu merken war, tritt nunmehr in Attacken an einzelnen Stellen auf, ist sehr quälend.

Diagnose: Postskabiöser Pruritus.

2. VIII. Blutentnahme ca. 50 ccm, nachfolgend 150 ccm Ringer-Infusion intravenös.

Nachmittags Temperatur normal, wesentliche Erleichterung, nachts kein Juckreiz.

3. VIII. Juckreiz wieder, wenn auch in geringem Grade aufgetreten.

4. VIII. 50 ccm Blut entnommen, nachfolgend 150 ccm Ringer. Am Nachmittag und folgende Tage Erleichterung.

7. VIII. 20 ccm Blut entnommen, 150 ccm Ringer nachfolgend infundiert.

Nachmittags und am nächsten Tage Erleichterung, am zweiten Tage Rückfall.

10. VIII. 20 ccm Blut entnommen, 150 ccm Ringer.

Nachmittags Temperatur normal, Urin o. B.

Digitized by Google

14. VIII. Pat. hat den bestimmten Eindruck der Erleichterung des Juckreizes. Dieser ist seit der ersten Injektion nicht wieder in alter Stärke aufgetreten. Nach 48 Stunden jedesmal leichter Rückfall. Pat. ist äußerlich außerdem mit Ichthyol behandelt worden. Er verläßt die Klinik fast geheilt.

Fall IV. S., 78 Jahre, Pferdepfleger.

Seit 10 Jahren starker Juckreiz am ganzen Körper, der allmählich stärker wurde. Patient kann schlecht schlafen, die 3 letzten Nächte fast schlaflos.

Status: Für sein Alter gut genährt, Fettpolster leidlich, geringe Arteriosklerose. Pulm.: feuchter Katarrh. Haut trocken, zahlreiche Kratzeffekte, Striemen, jedoch nirgends Ekzemeruptionen. Urin: Alb. —.

Diagnose: Pruritus universalis.

28. VIII. 1913. 10 Uhr vormittags Blutentnahme 50 ccm, Ringer-Infusion 150 ccm intravenös.

Während der Infusion leichtes Frösteln. Nach 2 Stunden wesentliche Erleichterung. Pat. berichtet abends: Juckreiz fast völlig verschwunden, Pat. ist äußerst dankbar, fühlt sich „wie befreit".

12 Uhr mittags etwas Frösteln. Temperatur 36,1. Urin: Alb., Sacch. —.

30. VIII. Juckreiz hat seit der Einspritzung ganz wesentlich nachgelassen, Pat. hat in den letzten beiden Nächten gut geschlafen, nur einmal wegen leichten Juckreizes aufgewacht. Dann 6 Stunden ununterbrochen geschlafen.

14. IX. Juckreiz ist völlig verschwunden. Wegen Rückfalles weitere Behandlung mit Eigenblut (s. u.).

Fall V. Frau S., 47 Jahre.

Seit 3 Wochen Juckreiz am ganzen Körper, beginnend am Kopf, in wenigen Tagen weitergehend über den ganzen Körper. In den letzten Tagen unerträglich, nachts besonders schlimm, so daß der Schlaf dauernd gestört wurde.

Status: Gut genährt, gute Fettpolster. Urin: Alb., Sacch. —, Temperatur 36,5.

Haut: Auf der Brust einige Follikulitiden, keine Kratzstriemen. An Unterextremitäten Varizen. Links kleines Ulcus cruris. Nirgends Ekzem.

Diagnose: Pruritus universalis.

29. VIII. 1913. Blutentnahme 65 ccm, intravenöse Infusion von Ringerscher Flüssigkeit 150 ccm.

Während der Injektion leichtes Frösteln, 12 Uhr wieder leichtes Frösteln. Temperatur 36,4.

6 Uhr abends Temperatur 36,7. Urin: Alb. —.

30. VIII. Erleichterung vom Juckreiz nur am Nachmittage des Injektionstages. Nachts wieder Juckreiz in alter Stärke.

Vormittags 10 Uhr Blutentnahme 100 ccm, intravenös unmittelbar darnach Ringersche Flüssigkeit 200 ccm.

Kurz nach der Injektion Frösteln. Temperatur 36,8. Urin: Alb., Sacch. —

12 Uhr stärkeres Frösteln, Kopfschmerzen, Temperatur 38,4, nachmittags schläfrig, Jucken läßt nach.

31. VIII. Nachts nur zweimal aufgewacht, während vordem alle halbe Stunde, Juckreiz heute wesentlich geringer.

Pat. hat sich trotz Aufforderung zur Nachuntersuchung nicht eingefunden.

Fall VI. Herr H., klinischer Priv.-Pat., 48 Jahre.

Pat. hat wegen Psoriasis eine je 5 % enthaltende Pyrogallol-Salizyl-Seifen-Neoichthargansalbe verordnet bekommen und dieselbe zu lange gebraucht. Läßt sich wegen

Digitized by Google

der plötzlich entstandenen Dermatitis aufnehmen am 8. VIII. 1913. Fühlt sich sehr schwach, Haut brennt und juckt äußerst stark; die Haut fast des gesamten Körpers ist geschwollen, mit zahlreichen urtikariaartigen Quaddeln bedeckt. Urin: Spur Alb., vereinzelte Leukozyten, keine Zylinder.

Diagnose: Pyrogalloldermatitis.

Therapie: Mehlpuder, Pasta Zinci mollis. Auf Juckreiz kein Einfluß.

Am 9. VIII. 1913. 9 Uhr vormittags 20 ccm Blutentnahme, intravenöse Infusion von 100 ccm Ringerscher Flüssigkeit.

Temperatur nachmittags 4 Uhr 37,0. Pat. fühlt sich „wie neu geboren", der Juckreiz ist „wie mit einem Schlage verschwunden", so daß er das Gefühl hat, als wäre ihm „plötzlich etwas abhanden gekommen". Die quaddelartige Schwellung noch unverändert vorhanden.

11. VIII. Der Juckreiz ist, wenn auch in geringerem Maße, wieder aufgetreten. Pat. verlangt nach Wiederholung der Injektion.

½ 10 Uhr vormittags 20 ccm Blut entnommen, 150 ccm Ringersche Flüssigkeit intravenös injiziert.

Der Erfolg ähnlich wie beim ersten Male. Die Quaddeln gehen langsam erst in den nächsten Tagen zurück, der Juckreiz verschwindet.

Fall VII. Pat. wird wegen eines psoriatiformen Ekzems mit 5 %iger Pyrogallolsalbe behandelt.

12. XI. 1913. Starke entzündliche Schwellung des Gesichts und der Arme ohne Quaddelbildung. Kein Juckreiz. Urin o. B.

Diagnose: Pyrogalloldermatitis.

13. XI. 10 Uhr vormittags 70 ccm Blut entnommen, anschließend intravenöse Infusion von Ringer, 100 ccm.

Nach 2 Stunden Schüttelfrost, Temperatur 37,0. Nachmittags 4 Uhr Temperatur 37,4. Keine subjektive und objektive Besserung.

16. XI. Die entzündliche Schwellung ist nicht wesentlich schneller zurückgegangen, als dies sonst bei Mehlbehandlung auch beobachtet wird.

Fall VIII. S., 36 Jahre, Steward.

Anamnese: Seit einem halben Jahre nässender bläschenförmiger Ausschlag auf beiden Händen.

Status: In Gruppen stehende Ekzembläschen, auf beiden Handrücken meistens geplatzt, nässende Flächen, infiltrierte, verdickte Epidermis.

Diagnose: Ekzema vesiculosum manuum.

Pat. wird seit 14 Tagen mit austrocknenden Mitteln erfolglos behandelt.

1. IX. 1913. Venaepunktion, 100 ccm Blut entnommen, intravenöse Infusion von 200 ccm Ringer.

4. IX. Wiederholung der Blutentnahme und Infusion.

Bis 7. IX. keine Beeinflussung.

Fall IX. 43 Jahre, Kutscher.

Anamnese: Seit Anfang November 1913 heftig juckender Ausschlag, beginnend am seitlichen Rumpf. Pat. wurde zuerst auf Krätze erfolglos behandelt, Juckreiz wurde immer stärker, hat die letzten Nächte nicht schlafen können.

Status: Über den ganzen Körper verstreute unregelmäßige, besonders an den Beugeflächen lokalisierte zerkratzte Hautpartien mit zahlreichen knötchenartigen, zum Teil gruppierten Ekzemefloreszenzen. Ellenbeugen besonders stark kallös, aber auch die übrigen stark zerkratzten Beugeflächen. Diffuse Röte besonders an den Unterarmen, daselbst auch Rhagaden, rissige trockne Haut.

Digitized by Google

Diagnose: Pruriginöses, zum Teil kallöses Ekzem.

Aufnahme am 7. II. 1914.

Externe Behandlung ohne wesentlichen Einfluß, Nachtruhe dauernd gestört, Pat. steht jede Nacht auf, um sich kräftig zu kratzen.

17. II. Letzte Nacht sehr unruhig, äußerst heftiger, quälender Juckreiz.

10 Uhr vormittags 100 ccm Blut entnommen, 300 ccm Ringer intravenös infundiert. Erfolg glänzend. Juckreiz verschwunden, Nacht ungestört durchgeschlafen, Müdigkeit noch am nächsten Tage.

19. II. Letzte Nacht leidlich, jedenfalls besser als früher. Juckreiz, wenn auch wesentlich geringer, wieder aufgetreten.

10 Uhr vormittags 100 ccm Blut, 300 ccm Ringer wie oben. Nacht durchgeschlafen. Derselbe gute Erfolg.

21. II. Juckreiz nur sehr gering.

22. II. 10 Uhr 100 ccm Blut, 300 ccm Ringer wie oben.

30. II. 1914. Pat. verläßt äußerst dankbar und wesentlich gebessert die Klinik.

Fall X. 46 Jahre, Tapezierer.

Seit 3 Wochen bemerkt Pat. Blasen, die an verschiedenen Körperstellen aufschießen. Starker Juckreiz beim Auftreten neuer Blasen.

Status: An den Streckseiten der Extremitäten zahlreiche, zum Teil konfluierende Blasen bis zur Größe einer Wallnuß. Daneben rote Flecken und diffuse Röte besonders in der Schultergegend.

Diagnose: Dermatitis herpetiformis Duhring.

8. VIII. 1913. Blutentnahme 100 ccm, Ringer 150 ccm intravenös.

9. VIII. Zahlreiche neue Blasen sind aufgetreten. Auch in den nächsten Tagen zahlreiche Rezidive mit starkem Juckreiz.

21. VIII. In letzter Zeit noch mehrere Rezidive.

Fassen wir unsere Resultate der mit der Ringerschen Lösung behandelten Fälle zusammen, so sehen wir folgendes: Ein Fall von Urtikaria heilt, nachdem er mit Injektion von nur 100 ccm Ringer und am folgenden Tage mit Blutentnahme von 60 ccm Blut behandelt worden ist.

Der zweite Fall von Urtikaria bleibt unbeeinflußt nach Blutentziehung von 20 ccm (schwächlicher Junge von 14 Jahren) und nachfolgender Injektion von 200 ccm Ringer.

Es könnte der Einwand erhoben werden, daß in dem zweiten Falle zu wenig Blut entzogen worden ist. Dagegen kann erwidert werden, daß diesem ziemlich blassen Jungen innerhalb von 4 Tagen 200 ccm Blut entzogen wurden. Auch die 200 ccm Ringer sind verhältnismäßig viel, besonders wenn man betrachtet, daß der erste Fall schon durch 100 ccm geheilt wurde.

Ferner: Ein Fall von postskabiösem Pruritus, der bereits 14 Tage antiskabiös behandelt ist, wird durch 4 Blutentnahmen mit nachfolgender Ringer-Infusion sichtlich günstig beeinflußt. Der Juckreiz nimmt plötzlich ab, ohne indessen gleich völlig zu verschwinden.

Von den beiden mit Ringer behandelten Pruritusfällen verschwindet

Digitized by Google

der Juckreiz bei dem einen unmittelbar nach der Einspritzung, die Heilung hält 14 Tage an, das Rezidiv wird mit Eigenblutinjektionen geheilt (s. u.).

Der andere Fall wird durch zweimalige Blutentziehung und Ringer-Injektion ganz wesentlich gebessert.

Interessant ist das prompte Verschwinden des Juckreizes bei der Pyrogallolvergiftung, während die entzündlichen Symptome, d. h. die Urtikariabildung sowie das entzündliche Ödem nicht beeinflußt werden. Da bei der zweiten Pyrogalloldermatitis überhaupt kein Jucken besteht und sich die entzündlichen Symptome in keiner Weise besserten, so konnte von einem Erfolge in diesem Falle keine Rede sein.

Absolut negativ sind die Erfolge bei einem nässenden Ekzem und einem Fall von Dermatitis herpetiformis.

Auffallend ist die prompte günstige Beeinflussung eines über den ganzen Körper verbreiteten pruriginösen, kallösen Ekzems. Man hat fast den Eindruck, daß man hier eine ätiologische Therapie treibt insofern, als man den quälenden Juckreiz wegnimmt, und daß durch das fehlende Kratzen auch das Ekzem gebessert wird. Bei diesen Fällen scheint sich die Theorie Hebras zu bestätigen, daß hier der Juckreiz das Primäre ist, und daß das Ekzem erst in die allerdings dazu prädisponierte Haut eingekratzt wird.

Die Technik der Infusion ist einfach. Der Infusion wird nach dem Vorschlage Brucks meist eine Blutentziehung vorausgeschickt. In vereinzelten Fällen gingen wir bis zu 100 ccm Blut in einer Sitzung. Das Blut fließt bei gestauter Kubitalvene meist spontan ab, nur vereinzelt muß mit der Spritze aspiriert werden. Nach Öffnung der Staubinde ließen wir nach Art der Salvarsaninfusionen die körperwarme Ringersche Flüssigkeit durch die bereits in der Vene liegende Kanüle aus dem Trichter einfließen. Es ist nicht zweckmäßig, sich einen größeren Vorrat von Ringerscher Flüssigkeit zu halten, da das darin enthaltene $CaCl_2$ sich durch die Kohlensäure der Luft in $CaCO_3$ umwandelt und ausfällt. Man läßt sich am besten in einer zuverlässigen Apotheke die Ringersche Lösung frisch herstellen, oder man läßt sich statt dessen die Salze in Substanz abwiegen, und zwar in abgeteilten Mengen, die man dann in einem halben oder ganzen Liter kurz vor dem Gebrauch in sterilem Wasser auflöst. Die Salze muß man verschlossen vor der Einwirkung von CO_2 und der Feuchtigkeit der Luft in einer Flasche aufbewahren. Die Lösung wird zur Sicherheit vor Gebrauch noch durch ein steriles Filter gegossen. Das Filtrat muß absolut klar und ohne Niederschläge sein. Die Infusion der Lösung wurde im allgemeinen gut vertragen. Zweimal wurde während des Einfließens leichtes Frösteln beobachtet, obgleich die Flüssigkeit auf Bluttemperatur gebracht war. Einige Male wurde eine Temperatur-

Digitized by Google

erhöhung bis 38,2° C beobachtet bei leichtem Schüttelfrost, eine Erscheinung, die bereits als Kochsalzfieber bekannt ist. Sonstige Erscheinungen wurden nicht beobachtet, insbesondere war der Urin stets eiweißfrei.

(Schluß folgt.)

Aus der Praxis.

Aus der Abteilung für Haut-, venerische und syphilitische Krankheiten des k. u. k. Garnisonspitales Nr. 16 in Budapest (Chefarzt: k. u. k. Stabsarzt Dr. Josef Janacek).

Erfahrungen mit Embarin in der Syphilistherapie.

Vom

k. u. k. Regimentsarzt Dr. Adalbert Pap.

Im ganzen gelangten 20 Fälle zur Behandlung mit Embarin. Unter denselben befanden sich: 3 Fälle von Primäraffekten, 11 Fälle mit sekundären Haut- und Schleimhautaffektionen, 1 Fall mit Iritis luetica und Nierenreizung, 1 Fall von Rupia syphilitica, 1 Fall von tertiärer Lues ulcerosa, 1 Fall von Gumma septi nasi, 2 Fälle von Lues latens mit allgemeiner Skleradenitis und positiver Wassermann-Reaktion.

Von den oben erwähnten 20 Patienten bekamen 7 je 15 Injektionen, 10 hingegen nur je 10. Zwischen den letzteren befanden sich solche, bei welchen wegen eingesetzter Salvarsankur wir von der Fortsetzung der Injektionen abgesehen haben, bei anderen waren wir gezwungen, auf andere Mittel überzugehen, da uns inzwischen das Medikament ausgegangen ist und wir keine Unterbrechung in der Kur eintreten lassen wollten. Niemals beklagten sich die Patienten über Schmerzgefühl, weder während noch nach den Injektionen, höchstens wurde ein wenig brennendes Gefühl während des Injizierens und in einigen Fällen ein leicht dumpfes Gefühl auf der Injektionsstelle einige Stunden nach erfolgter Injektion beobachtet. Infiltrate, diffuse Schwellungen der Glutäalgegend, Vereiterungen sind uns ebenfalls nie vorgekommen; eine Entzündung des Zahnfleisches. Stomatitis fehlte auch immer. Albumen im Harne als Zeichen einer Nierenreizung ist trotz oftmaligen Untersuchungen niemals konstatiert worden. Ebenso fehlten Beschwerden seitens des Magens und Darmes, kurz sämtliche üblichen Nebenerscheinungen der Quecksilberkuren fehlten bei dieser Behandlungsweise. In oben erwähntem Falle von Iritis mit Nierenreizung schwand das Eiweiß schon nach der 1. Injektion ganz aus dem Urin.

Loeb, Salomonski, Gappisch, Sowade und auch andere berichten über Fälle — der Prozentsatz variiert nach den verschiedenen Mitteilern von 5—20% —, bei welchen Temperatursteigerungen vorkommen, ja sogar, wie Gappisch aus Rilles Klinik berichtet, ein skarlatinaähnliches Exanthem beobachtet wurde. Die Temperatur steigt manchesmal bis 40° C, hierbei fehlen Schuttelfrost, Gelenks- und Kopfschmerzen auch nicht und sollen diese Erscheinungen nach jeder weiteren Injektion wieder auftreten. Es handelt sich hier wahrscheinlich um eine erworbene Idiosynkrasie gegen

Digitized by Google

das Mittel, da die Erscheinungen nie bei den ersten, sondern immer erst nach der 8. bis 10. Injektion auftreten.

Wir konnten auch einen Fall beobachten, bei welchem ähnliche Erscheinungen wahrzunehmen waren.

Es handelte sich um einen Fall mit einem auf dem ganzen Rücken verbreiteten papulopustulösen, rupiaartigen Exanthem. Außerdem waren auch noch Rhagaden in den Mundwinkeln, sowie stark ausgebreitete Papeln an der Mundschleimhaut und der Zunge vorhanden. Um einen rascheren Erfolg zu erzielen, entschließen wir uns zur täglichen Injektion. 12 Injektionen verträgt Patient vollkommen reaktionslos, die Krusten fallen ab, die Papeln involvieren sich; Patient bei vollem Wohlbefinden erholt sich sichtlich. Keine Reizerscheinungen seitens der Verdauungsorgane, im Urin kein Eiweiß. Nach der 13. Injektion beklagt sich Patient über anhaltenden rechtsseitigen Kopfschmerz. Temperatur 37,4° C, Herzaktion normal. Es wird einen Tag mit den Injektionen ausgesetzt, Patient erholt sich. Puls, Temperatur normal. Am 12. Dezember 1913 erfolgte die 14. Injektion. Drei Stunden nach der Injektion Schüttelfrost, starker Kopfschmerz. Puls 124, Temperatur 40,2° C. Nach 0,3 g Amidopyrin und 0,1 g Coffein citr. legt sich etwas der Kopfschmerz, Temperatur 39,6° C, Puls 110. Endlich nach beiläufig neunstündigem Fieber mit Schweißausbruch kritisches Fallen. Am anderen Tage mäßiger einseitiger Kopfschmerz. Temperatur 37,4° C, Puls 84. Um zu sehen, ob selbst bei solchen Fällen nicht eine Angewöhnung stattfinden kann, injizierten wir nach acht Tagen, am 20. Dezember, 0,6 ccm Embarin. Dieselben stürmischen Erscheinungen in gesteigerter Form, anhaltendes Fieber mit 40,2° C durch fast 20 Stunden mit beschleunigter Herzaktion — Puls bis 150 leicht unterdrückbar. Hier haben wir ein skarlatinaähnliches Exanthem wahrgenommen, welches 12 Stunden nach der Injektion aufgetreten ist und nach mehreren Stunden verschwand. Das Fieber fiel jetzt nicht kritisch, sondern mehr lytisch. Erst am dritten Tage normale Verhältnisse bis auf einige Tage andauernden mäßigen Kopfschmerz. Harnbefund ständig normal. Wassermann-Reaktion vor der Kur positiv +++, nach der 14. Injektion positiv ++.

Es kann daher in seltenen Fällen durch das Embarin ein ernsteres Krankheitsbild hervorgerufen werden — hohes Fieber usw. —, was am meisten erst nach Verabreichung von mehreren Injektionen auftritt, und bei Fortsetzung der Injektionen in gesteigerter Form sich wiederholen kann.

Was die Heilerfolge anbelangt, können wir die Mitteilungen aller Autoren voll bestätigen. Die Wirkung ist eine prompte, schon nach der 2. Injektion beginnen die Geschwüre zu vernarben, das Exanthem blaßt ab, die Papeln involvieren sich, die Lymphdrüsen schrumpfen sichtlich zusammen; in einem Falle von tertiärer Lues ulcerosa ist der Ausschlag schon nach der 10. Injektion vollkommen involviert, ebenso im obgenannten Falle von Rupia konnten wir das vollkommene Schwinden des Exanthems wahrnehmen. In einem einzigen Falle von Gumma septi nasi schien das Mittel zu versagen. Allerdings war es ein Fall, welcher auf mehrmalige Salvarsaninfusionen, Einreibungen, lokale Behandlungen auch keine intensivere Heilungstendenz zeigte.

Bei jedem Patienten wurde vor Beginn und gleich nach Beendigung der Injektionskur die Wassermannsche Reaktion des Blutes ausgeführt. In zwei Fällen ist die vor der Kur positiv +++ gewesene Reaktion positiv ++, in einem Falle negativ geworden. Patient wurde auf eigenes Verlangen auch mit 0,4 g Salvarsan in Form intravenöser Infusion behandelt, in den übrigen ist sie jedoch unverändert geblieben. Wir wollen jedoch bemerken, daß eine weitere Kontrolle der Blutreaktion nicht stattgefunden hat.

In 3 Fällen haben wir ein Rezidiv der luetischen Erscheinungen konstatieren können nach 2—4 Monaten. Wie Gappisch betont, wollen auch wir bemerken, daß die Rezidivierten alle schon öfters auch mit Salvarsan behandelt wurden und es scheint hier eine Infektionstoxizität, oder aber eine verminderte Widerstandsfähigkeit diesen frühzeitigen Rezidiven zugrunde liegen.

Hier wollen wir auch ein Phänomen vermerken, über dessen Ursache wir noch

Digitized by Google

nicht im klaren sind. In zwei Fällen von den drei Rezidivierten war die WASSERMANN-Reaktion beim Auftreten der Rezidive trotz bestehender manifester Lueserscheinungen negativ und wird erst während der eingeleiteten Quecksilberkur positiv. Wir konnten diese Erscheinung auch bei nach Salvarsan rezidivierten Fällen beobachten.

Wollen wir nun unsere Erfahrungen zusammenfassen, müssen wir sagen:

1. Das Embarin ist ein sehr gutes, prompt wirkendes Antiluetikum, welches mit vollem Recht neben dem bisher in Verwendung gestandenen Salizyl- und anderen Quecksilberverbindungen verwendet werden kann.

2. Das Embarin ruft in der Regel weder während noch nach der Injektion unangenehme Nebenerscheinungen hervor und ermöglicht eine fast vollkommen schmerzlose Behandlung.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

August 1914, Bd. 21, H. 8.

Über die Beziehungen gewisser Formen exfoliativer Erythrodermien „zur Tuberkulose, von R. POLLAND-Graz. Ein Fall, bei dem Tuberkulose mit Sicherheit festgestellt werden konnte, betrifft einen 38jährigen Patienten. Im Gesicht beginnend breitete sich die Affektion über den ganzen Körper aus, von Jucken und Defluvium universale begleitet. An der Bauchhaut befand sich ein Ring von Lupusknötchen, weiterhin eine Adenia tuberculosa, welche zur Vereiterung eines konfluierten Drüsenpaketes am Halse führte. Auf Grund des negativ ausfallenden PIRQUET kommt Verfasser zu dem Schluß, die exfoliierende Erythrodermie seines Falles als eine Hautreaktion auf im Blute kreisende Toxine der Tuberkellbazillen anzusehen.

Ein Beitrag zur Ätiologie der Dermatitis exfoliativa neonatorum RITTER und ihrer Beziehung zu der Impetigo contagiosa staphylogenes, von F. TAMM-Hamburg. Die Erkrankung begann am siebenten Lebenstage des Kindes mit der Bildung einer wallnußgroßen Blase in der Achselhöhle. Von hier aus breitete sich dieselbe über den ganzen Körper aus, welcher am dritten Tage bereits das charakteristische Bild bot. Die Sektion des 14 Stunden nach Einlieferung ins Hospital verstorbenen Kindes ergab neben dem Hautbefund Stauungsleber und -niere. Die histologische und bakterielle Untersuchung stellte das Vorhandensein von Staphylococcus pyogenes aureus fest. Die Mutter und die zweijährige Schwester litten an Impetigo contagiosa staphylogenes. Nach dem Verfasser stehen alle drei Fälle ätiologisch miteinander in Zusammenhang. Die Verschiedenheit der klinischen Erscheinungen ist allein durch den Altersunterschied der Individuen bedingt. Staphylokokkeninfektionen bewirken beim Neugeborenen Blasenbildung (Pemphigus) oder eine diffuse Abhebung der Epidermis (Dermatitis RITTER), beim älteren Säugling immer Blasen (Pemphigoid) und beim älteren Kinde oder dem Erwachsenen Impetigo contagiosa.

Beitrag zur Lehre vom BOECKschen Sarkoid, von CH. PLANCHEREL-Basel. Nach Besprechung der einschlägigen Literatur, wobei namentlich die Beziehungen der Affektion zur Tuberkulose kritisch beleuchtet werden, berichtet der Verfasser über einen Fall, welchen früher bereits BLOCH in der Sitzung des schweizerischen ärztlichen Zentralvereins im Juni 1912 demonstriert hat. Es handelt sich um einen früher gesunden, aus tuberkulösbelasteter Familie stammenden Mann, bei dem sich in annähernd symmetrischer Weise mit Ausnahme von Gesicht und Hals auf der Körperdecke Veränderungen ent-

Digitized by Google

wickelt haben. Einmal sind es größere, oberflächliche, infiltrierte Plaques, düster braunrot oder livid, licheninfiziert oder chagriniert, mehr oder weniger schuppend, von unregelmäßiger Gestalt, welche die Tendenz sich zu involvieren haben. Aus ihnen resultieren schließlich Flecke von eignem Glanz, feiner Schuppung und gekörntem Aussehen. Eine zweite Art von Effloreszenzen, besonders an Brust, Rücken und Oberarm, bilden entweder bräunlichrote, unregelmäßig polygonale Papeln oder in die Haut eingesprengte, außerordentlich morsche und leicht blutende lupoide Knötchen bis Flecke von Stecknadelkopf- oder Linsengröße und von strohgelber, hellbrauner oder manchmal fast ziegelroter Farbe. Sie bilden runde, ovale, zirzinäre oder sehr unregelmäßig gestaltete, flach oder kaum erhabene, weiche oder nur ganz wenig infiltrierte Herde, welche bei der Involvierung eine etwas deprimierte, flachnarbig atrophische Stelle hinterlassen. Histologisch handelt es sich um verzweigte Infiltrate, welche hoch im Korium, vorwiegend im Gebiet des subpapillären Gefäßnetzes liegen, nur gelegentlich in der Umgebung der Follikel tiefer gehen. Sie bestehen aus Lymphozyten, vorwiegend aber aus epitheloiden und Riesenzellen, letztere mit eigentümlicher vakuolärer und wabiger Struktur des Protoplasmas. Die ersten Anfänge der Knötchen sind in und an der Wand der Lymphgefäße zu konstatieren und gleichzeitig stellenweise eine obliterierende Lymphangitis, welche zur Erweiterung der höher gelegenen Lymphräume führt. Der Fall zeichnet sich durch seine Ausdehnung, die Zahl seiner Herde und durch eine Beteiligung des rechten Auges (Iritis) aus. In zwei Punkten unterscheidet er sich von den bisher publizierten dieser Art. Nach längerem Bestande der Krankheit wurde die anfänglich negative Wassermann-Reaktion stark positiv, um erst nach der Heilung wieder normal zu werden, obwohl der Patient niemals an Lues gelitten hatte. Von therapeutischem Interesse ist, daß nach einer intravenösen Einverleibung von 2,6 Salvarsan sämtliche Erscheinungen verschwanden. Auf kleine Tuberkulininjektionen trat starke Allgemein- und Herdreaktion ein, während die wiederholte Pirquetsche- und Stichreaktion, sowie die Tukerkelbazillensuche im Schnitt und im Tierexperiment negativ ausfällt.

Über die ätiologische Beziehung des Bacillus pyocyaneus zur Geschwürsbildung, von Akira Takahashi-Tokio. Bei der Untersuchung eines 30 jährigen Patienten konstatierte der Verfasser ein phagedänisches Geschwür am Penis mit stark infiltriertem Rand und Grunde, welches an der Glans saß und zu starker Paraphimose und Gangrän der Urethralmündung geführt hatte. Stellenweise war der Rand blumenkohlartig gewuchert, so daß der Anblick dem eines gewöhnlichen Peniskarzinomes glich. Histologisch handelte es sich um eine diffuse Infiltrierung mit Rundzellen. Die bakterielle Untersuchung ergab im Eiter der Geschwürsoberfläche sowie in Schnitten vom Rande desselben Reinkulturen von Bacillus pyocyaneus, während das Blut des Patienten steril blieb. Dementsprechend fielen die Agglutinationsproben und die Komplementbindungsreaktion mit dem Serum des Kranken negativ aus. Beim Tiere konnten experimentelle Hautgeschwüre, aber keine Allgemeininfektion erzeugt werden.

September 1914, Bd. 21, H. 9.

Über pigmentierte Urtikaria, von F. S. Adler-Frankfurt a. M. Die Beobachtung betrifft einen Patienten, bei welchem die Affektion vier Wochen nach der Geburt auftrat. Sie lokalisierte sich am ganzen Körper mit Ansnahme der Nase, Hände und des Mundes. Sie besserte sich manchmal vorübergehend und mit dem zehnten Lebensjahre verschwand sie fast vollständig, indem sie nur nach Diätfehlern an einzelnen Stellen rezidivierte. Seit dem 20. Lebensjahr litt er an Asthma und mit dem 22. an neuen Ausschlägen, besonders bei plötzlichem Wechsel von Warm zu Kalt. Als er sich ein Jahr in dem warmen Klima Venezuelas aufhielt, war er frei, um, nach Deutschland zu-

Digitized by Google

rückgekehrt, wieder befallen zu werden. Die Haut bot das übliche Bild in Verbindung mit einer starken Hyperästhesie und Algesie, welche durch Auflegen von Eisbeuteln noch gesteigert wurde. Bemerkenswert ist, daß nach heftigen Anfällen seines Asthma bronchiale die Hauterscheinungen stärker auftraten. Histologisch fand sich nicht der sogenannte Mastzellentumor vor, sondern in der Hauptsache eosinophile Zellen in Gesellschaft von polynukleären Leukozyten und Rundzellen.

Herpes zoster und Herpes zoster gangraenosus nach Salvarsan, von A. Oettinger. Verfasser hatte Gelegenheit, einen Herpes zoster gangränosus Rami 1. Nervi trigemini nach Salvarsan zu beobachten. Unter Berücksichtigung der schon beträchtlichen Literatur schließt der Verfasser, daß Herpes und Zoster direkt oder auch erst nach einiger Zeit als Folge einer Salvarsaninjektion auftreten können. Dabei kann es sich um die erste oder um eine wiederholte Injektion handeln; der Salvarsanzoster kann nach jeder Injektion, also auch rezidivierend (gewöhnlich in anderen Segmenten) auftreten. Er entsteht unabhängig von der Dosis und die Applikationsart ist ohne Bedeutung.

Fall von hämorrhagischer Enzephalitis, hervorgerufen durch Neosalvarsan, von C. Rasch-Kopenhagen. Die Patientin akquirierte 1912 mit 18 Jahren Lues. Im gleichen Jahre erhielt sie 50 Inunktionen zu 3 g und im folgenden Jahre wegen Genitalpapeln 55 gleichstarke Einreibungen. In diesem Jahre wurde sie in die Klinik aufgenommen. Von Symptomen wies sie nur eine Leukoderma und eine schwache Wassermannsche Reaktion auf. Sie erhielt 0,6 Neosalvarsan intravenös, eine Woche später, als die Reaktion stärkere Positivität zeigte, in gleicher Weise 0,75. Jetzt folgte auf die Injektion Kopfschmerz und Temperatursteigerung, am Abend des vierten Tages Bewußtseinsstörung, dann am folgenden Paresen, welche immer mehr zunahmen und am neunten Tage Exitus. Die Sektion wies in der Hauptsache multiple kleine Gehirnhämorrhagien und eine starke Stase in allen Organen nach. Die Patientin litt an einer Imbezillitas, welche nach Rasch die Idiosynkrasie des betreffenden Individuums verursacht haben soll.

Vörner-Leipzig.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section.

Sitzung vom 19. März 1914.

Fall von ausgedehntem Karzinom des Gesichts im Anschluß an Xerodermia pigmentosa und dessen Behandlung mit einer großen Dosis Radium, von J. J. Pringle. Ein 20jähriger Arbeiter, der seit seinem zweiten Lebensjahr die charakteristischen Läsionen von Xeroderma pigmentosum dargeboten hatte, kam mit sehr formidablen, karzinomatösen Wucherungen und Geschwüren an der Wange und Unterlippe in Behandlung. Das Einlegen von 152 mg Radiumbromid auf 21 Stunden in die Substanz des Tumors und einige weitere Behandlung mit kleineren Dosen haben erstaunlich günstig gewirkt.

Fall von Mykosis fungoides à tumeurs d'emblée, von J. J. Pringle. Im Anschluß an eine erhebliche Verletzung der Kopfhaut entstand bei einem 48jährigen Seemann im Wundgebiet ein im Laufe einiger Monate stetig wachsender Tumor, dem mehrere weitere Gewächse am Kopfe und am Rumpfe folgten. Histologisch erwiesen sich die Neubildungen als reine Granulationsgeschwülste mit vielen Streptokokken.

Fall zum Diagnostizieren; (?) Dermatitis artefacta, von G. M. Meachen. Die Läsionen bei der 23jährigen, wegen starker Metrorhagien auch gynäkologisch behandelten Patientin waren alle am Gesicht lokalisiert und höchstwahrscheinlich Artefakte.

Fall von Angioma serpiginosum, von G. Pernet. Das Leiden hat sich bei dem 15jährigen Mädchen im Laufe von zwei Jahren von der Achselhöhle bis auf den Handrücken (linkerseits) progressiv ausgedehnt.

Digitized by Google

Fall von multiplem Lupus vulgaris mit Beteiligung der Haut und Schleimhäute, von G. Pernet.

Fall von „multiplen subkutanen Fibromen", von S. E. Dore. Es konnte sich eventuell hierbei auch um Neurofibrome handeln.

Granuloma annulare mit subkutanem Knötchen, von A. M. H. Gray.

Akne agminata mit bilateraler Anschwellung der Tränendrüsen, von A. M. H. Gray. Patient war ein robuster Mann von 39 Jahren, der sonst immer gesund gewesen war. Die Läsionen stimmen mit der von R. Crocker gegebenen Beschreibung gut überein. G. bekämpft die Ansicht, daß das Leiden tuberkulöser Natur sei.

Rezidivierender bullöser Ausschlag der Beine, von A. M. H. Gray. Der 53 jährige Patient hat seit 25 Jahren an Hautausschlägen und seit 12 Jahren an Blasenbildungen gelitten. G. glaubt, daß die Affektion tuberkulöser Art sein könnte.

Fall von Lepra tuberosa, von A. W. Williams. Die Infektion mag in Indien oder auch in Südafrika akquiriert worden sein.

Fall von Granuloma annulare, von E. G. G. Little.

Fall von Erythromelalgie, von E. G. G. Little.

Fall von Dermatitis herpetiformis, von E. G. G. Little. Im Anfang hatten die Läsionen das Bild des Erythema iris dargeboten, und erst im weiteren Verlauf der Beobachtung waren typische Anhäufungen von kleinen Bläschen hervorgetreten.

Psoriasis und Dermatitis exfoliativa mit Übergang in Duhringsche Dermatitis herpetiformis, von H. C. Semon. Die nunmehr 41 jährige Kranke war 1902 von R. Crocker nachweislich als ein Fall von Psoriasis diagnostiziert worden. Die zurzeit bestehenden Blasenbildungen haben sich zuerst nach dem Gebrauch eines Geheimmittels entwickelt.

Hydroa aestivale (et hiemale), von H. C. Semon. Das Leiden bei dem 8jährigen Knaben wurde offenbar durch die Wirkung des Sonnenlichtes ungünstig beeinflußt und zeigte sich gegen verschiedentliche Behandlungsversuche außerordentlich refraktär.

Sitzung vom 16. April 1914.

Fall von doppeltem Primärsyphilid der Lippen und einem auf Neosalvarsan erfolgten Erythema toxicum, von G. Pernet. Bei dem 27jährigen Patienten fanden sich an der Ober- und Unterlippe je ein scharf umschriebenes, induriertes Geschwür und ein ziemlich universeller Ausschlag, teils als Roseola, teils als Papeln mit und ohne Schuppenbildung am Rumpf und den Extremitäten. Nach einer intravenösen Injektion von 0,9 Neosalvarsan entwickelte sich neben gelinden gastro-intestinalen Störungen ein punkt- und kreisförmiger Ausschlag, namentlich an den Knien, Handrücken und Fersen.

Fall von bilateralen Telangiektasien (Naevus araneus), von W. K. Sibley. Die sehr zahlreichen Läsionen sind bei der 35jährigen Kranken namentlich am Gesicht, dem Unterkiefer und dem Hals lokalisiert; sie sollen in ähnlicher Weise schon vor sechs Jahren bestanden haben und zeitweilig ganz verschwunden gewesen sein.

Fall von Purpura, von W. K. Sibley. Die 27jährige Frau scheint abgesehen von den recht ausgedehnten, subkutanen, kleinen Hämorrhagien (und ausgiebiger Pyorrhoea alveolaris) gesund zu sein.

Fall von persistierendem Erythem vom Typus der Erythromelalgie, von G. N. Meachen. Das 15jährige Mädchen hat seit $2^1/_2$ Jahren an Schmerzen der Unterschenkel und blauroter Verfärbung derselben gelitten. Am Blutbefunde ist die Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes sowie die sehr erhebliche Gerinnungsdauer bemerkenswert. Philippi-Salzschirf.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Syphilis als Ursache progressiver spinaler Muskelatrophie, von Charles W. Burr-Philadelphia. (Ther. Gaz., 15. Febr. 1914.) Von fünf Fällen progressiver spinaler Muskelatrophie zeigte einer positiven Wassermann, zwei eine nicht verwertbare schwache Reaktion, einer eine negative Reaktion, und in einem stand die Diagnose der Syphilis auf Grund klinischer Symptome fest. Verfasser will hieraus keine Schlüsse ziehen, zumal selbst ein wirklich positiver Wassermann nicht gegen das Vorhandensein einer anderen Krankheit zu gleicher Zeit spricht; doch scheint es ihm wichtig, in jedem Falle an die Möglichkeit einer Syphilis zu denken und spezifische Therapie zu versuchen, zumal er in einem Falle dabei auffallende Besserung gesehen hat. Er warnt vor einer möglichen Verwechslung mit einer multiplen Neuritis nach Arsengebrauch, wie er einen ähnlichen Fall beobachtet hat. W. Lehmann-Stettin.

Diffuse Infiltration der Corpora cavernosa bei einem alten Syphilitiker, von Favre. (Lyon méd., 1914, Nr. 24.) Bei dem 57jährigen Patienten, der mit 22 Jahren Syphilis gehabt hatte, trat seit einem Jahre eine allmählich zunehmende Schwellung des Gliedes und schließlich Inkontinenz auf. Der Penis befand sich in halber Erektion, war im Umfange vergrößert; die Schwellkörper waren holzhart, die Eichel derb, das Präputium nicht völlig zurückziehbar. Die Urethra nur schwer zu passieren. Durch Neosalvarsan wurde das Glied wieder zur Norm gebracht; nur das Corpus cavernosum urethrae blieb derb. Richard Frühwald-Leipzig.

Gumma der Prostata und Blase. Sechs intravenöse und eine intramuskuläre Salvarsaninjektion, nebst 26 intravenösen Neosalvarsaninjektionen bei einem 66 Jahre alten Patienten, von J. O. Rush-Mobile, Ala. (M. Record, 6. Dez. 1913.) Die ausführlich mitgeteilte Krankengeschichte ist eigentlich nur darum von Interesse, weil der Patient die kolossalen Mengen Arsen gut vertragen hat und weil die großen Dosen nötig waren, um die in der Überschrift genannte Affektion, die ursprünglich als ein Karzinom diagnostiziert worden war, zur Heilung zu bringen. Da in der Krankengeschichte einige Male die Salvarsandosis nicht angegeben ist, ist es leider nicht möglich nachzurechnen, wieviel im ganzen gegeben worden ist. Immerhin waren die letzten 16 Injektionen volle Dosen von 0,9 Neosalvarsan!! W. Lehmann-Stettin.

Über Blasensyphilis, von Duroeux. (Thèse de Paris, 1913.) Wenn auch bisher nur spärliche Beobachtungen von Blasensyphilis bekannt geworden sind, so läßt sich doch deren Vorkommen nicht mehr bezweifeln. Blasensyphilis kann die einzige syphilitische Manifestation bilden, doch bestehen meist auch Erscheinungen von seiten der Haut und der Schleimhäute anderer Organe. Bei den Blasentraumen gelegentlich einer Tabes spielt die Lues nur eine indirekte Rolle auf dem Wege über das Nervensystem. Die Diagnose ist nicht schwierig, die Therapie muß eine spezifische sein.

Fritz Loeb-München.

Über die Veränderungen der Plazenta bei Lues, von G. Verdelli-Pavia. (Fol. Gynaecol., Bd. 8, Nr. 1.) Schlußfolgerungen: 1. Man kann kein einheitliches pathologisch-anatomisches Bild für die syphilitische Plazenta aufstellen. 2. In der Plazenta luetischer Frauen kann man makro- und mikroskopische Alterationen beobachten, die nicht streng spezifisch sind und unter dem Einflusse verschiedener Faktoren

Digitized by Google

verschieden sein können. 3. Von den makroskopischen Läsionen sind folgende am konstantesten und in diagnostischer Beziehung von größter Bedeutung: die Hypertrophie, das abnorme Gewicht, die Veränderung der Gewichtsbeziehungen zwischen dem Fötus und der Plazenta; von geringerer Bedeutung sind: die Farbe, die Konsistenz, das Ödem. 4. Unter den histologischen Veränderungen haben diejenigen der Gefäße und des Bindegewebes wegen ihrer Konstanz und ihrer Analogie mit den histologischen Läsionen, die man, bei Lues, in anderen Organen antrifft, die größte Bedeutung. Man soll jedoch solche Alterationen nicht mit postmortalen Veränderungen verwechseln. 5. Die größte Bedeutung ist dem Zustande der Plazentarzotten und des Nabelstranges, eine geringere demjenigen der Dezidua zuzuschreiben; der Zustand der Häute hat eine Bedeutung. 6. Den Krankheitserreger findet man in den Fötaladnexen selbst bei florider Lues selten: seine Anwesenheit spricht nicht deutlich für die Spezifität der Läsionen. 7. Die Verteilung der anatomischen Läsionen und der Spirochäten in den verschiedenen Teilen der Fötaladnexe liefert keine sicheren Anhaltspunkte über die Herstammung der Infektion und über die Frage nach der Übertragung des Keimes überhaupt. 8. Die Veränderungen der Plazenta genügen allein meistens nicht, um die Hypotrophie und den Tod des Fötus zu erklären; ihre Beziehungen zur vorzeitigen Geburt sind unsichere. 9. Die Versuche, die Frage nach der Vererbung auf experimentellem Wege zu lösen, blieben bisher fruchtlos. K. Rühl-Turin.

Vier Fälle von syphilitischer Hydrozele beim Erwachsenen, von Dufour. (Soc. méd. des hôp., 16. u. 23. Jan. 1914.) Dufour teilt vier Fälle von idiopathischer Hydrozele mit, bei welchen der Hydrozeleninhalt eine positive Wassermannsche Reaktion aufwies. Auf eine spezifische Behandlung trat Heilung ein. Diese Tatsachen scheinen zu beweisen, daß in manchen Fällen die idiopathische Hydrozele des Erwachsenen syphilitischen Ursprungs sein kann und als solche behandelt werden muß, so daß eine Operation erspart wird. A. Gunsett-Straßburg.

Wie kann man die Nervensyphilis aufdecken? (Versuch einer Behandlung mit intrarachitischen Neosalvarsaninjektionen), von Paul Ravaut. (Ann. de Méd., 1. Jan. 1914.) Im Verlauf der Nervensyphilis kann man zwei Stadien unterscheiden: ein vorklinisches und ein klinisches. In ersterem kann die Erkrankung nur durch Lumbalpunktion und Untersuchung des Liquors aufgedeckt werden. Verfasser bespricht dann eingehender die Liquorbefunde bei Syphilis, sowie die neueren Errungenschaften in der Pathologie der Nervensyphilis. Die Anwesenheit der Spirochäten im Zentralnervensystem forderten zu ihrer Vernichtung in loco auf; deshalb verwendet Verfasser intralumbale Neosalvarsaninjektionen. Er benutzt 6%ige Lösungen, jeder Tropfen enthält 0.003 Neosalvarsan; es werden 1—4 Tropfen 0,003—0,012 Neosalvarsan injiziert. Die Einspritzungen werden etwa wöchentlich wiederholt. Sie sind meist von keinen unmittelbaren Erscheinungen gefolgt; manchmal treten ischiatische Schmerzen auf. In den folgenden Tagen tritt bei manchen Patienten leichte Miktionserschwerung ein; diese ist ein warnendes Symptom und gebietet eine größere Distanzierung der Injektionen oder Verminderung der Dosis. Verfasser hat auf diese Weise Metasyphilis und Lues cerebrospinalis behandelt und gleichzeitig intravenöse Neosalvarsaninjektionen gemacht; es war ein günstiger Einfluß auf die klinischen Symptome und den Liquor zu erkennen. Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis der Nierensyphilis, von Alfred Moritz. (W. kl. Rdsch., 1913, Nr. 45.) Ein 18jähriges Mädchen erkrankte, nachdem es an Blennorrhoe und einer leichten Angina gelitten hatte, unter den Symptomen einer hämorrhagischen Nephritis mit starken Schmerzen in der linken Nierengegend. Gleichzeitig bestand kontinuierliches Fieber; keine Ödeme. Im Urin wenig Eiweiß, viel Blut; im Sediment zahlreiche rote

Digitized by Google

und weiße Blutkörperchen, wenig granulierte Zylinder und vereinzelt Nierenepithelien. Beim Ureterenkatheterismus gewann man links einen trüben, Erythrozyten, Leukozyten, Zylinder und Epithelien enthaltenden Urin. Trotz aller Behandlung erfolgte innerhalb dreier Monate keine Besserung, das Krankheitsbild blieb mit wechselnder Intensität bestehen. Durch eingehende Untersuchung konnte eine blennorrhoische, septische und tuberkulöse Erkrankung, sowie parenchymatöse Nephritis und paranephritischer Abszeß ausgeschlossen werden. Wassermann war positiv; die deshalb eingeleitete spezifische Kur brachte das Leiden in kurzer Zeit zur Heilung. Bei allen eigenartig verlaufenden, ätiologisch nicht ganz klaren Fällen soll man an Syphilis denken.

Richard Frühwald-Leipzig.

Nierensyphilis, von Welz-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1913, Nr. 25.) Verfasser beobachtete zwei einander sehr ähnliche Fälle von syphilitischer Nierenerkrankung, von denen der eine unter dem Bilde eines paranephritischen Prozesses, der andere unter dem Bilde einer hartnäckigen Pyelitis verlief. Die Wassermannsche Reaktion war in beiden Fällen positiv, die Patientinnen machten lange Zeit einen sehr schwerkranken Eindruck und fieberten hoch. Erst unter der antiluetischen Behandlung erholten sie sich rasch und konnten vollständig geheilt entlassen werden. Junghanns-Dresden.

Degenerative Syphilisniere, von Fritz Munk. (Zschr. f. kl. M., 1913, Bd. 78, Heft 1 u. 2.) Als die Hauptsymptome der syphilitischen Nephritis nennt Verfasser eine auffallende Anämie, große Schwäche der Kranken und einen meist erheblichen Hydrops. Kopfschmerzen und Temperatursteigerungen bestehen nur selten. Sehr wichtig ist der Urinbefund, Tagesmenge gering, bis 300 ccm, Harn ist trübe, Reaktion stets sauer, spezifisches Gewicht hoch. Sediment sehr reichlich, den Hauptbestandteil bilden doppeltbrechende lipoide Substanzen und viel Leukozyten. Die akute parenchymatöse syphilitische Nephritis ist ein Typus der reinen lipoid-degenerativen Nephrose. Von den fünf Fällen des Verfassers gehören zwei dem Frühstadium der Syphilis an. Bei der Therapie ist von starken Diuretizis abzusehen, zunächst nur vegetabilische Pharmaka und Digitalis, ferner Hebung des Kräftezustandes und eine spezifische antiluetische Kur.

Dr. Franzius-Dresden.

In der diesem Vortrag folgenden Diskussion (B. kl. W., 1913, Nr. 43) hebt Karo das Jod als Heilmittel bei der syphilitischen Nephropathie hervor, empfiehlt aber nicht kleine, sondern außergewöhnlich große Dosen zu geben und begründet seinen Vorschlag auf Grund der Erfahrung bei drei Fällen. Mankiewicz betont die besondere Gefährdung der Nephritiker durch eine Syphilisinfektion und erläutert das mit zwei Beispielen. Mit Wechselmann hält er ferner künftig für die Therapie nicht nur den Nachweis erforderlich, ob Eiweiß vorhanden ist oder nicht, sondern man muß auch die Wasserausscheidungsfähigkeit der Niere prüfen, bevor man zu einer intensiven spezifischen Therapie bei der Niere und besonders bei der Nierensyphilis schreitet. In seinem Schlußwort sucht Munk die Bedenken gegen die Bezeichnung „Nephrose" zu zerstreuen. Die von Aschoff vorgeschlagene Bezeichnung „Nephropathie" mit entsprechenden charakterisierenden Adjektiven präzisiert sprachlich sehr scharf jede Form von Nierenerkrankung. Die doppeltbrechenden Lipoide in der Niere sind immer ein Zeichen von Degeneration. Ihrem Wesen nach ist die in Frage kommende Degenerationsform der Niere denjenigen Krankheiten syphilitischer Ätiologie gleichzustellen, die wir als „parasyphilitische" aufzufassen geneigt sind. So ist es auch erklärlich, daß eine spezifische Therapie mit Hg oder Jod nicht so direkt wirken kann wie bei einem Gumma.

Georg Heymann-Elbing.

Nierensyphilom, von Demoulin. (Semaine méd., 1914, Nr. 272.) Der 45jährige Mann litt seit mehreren Monaten an unbestimmten Verdauungsbeschwerden, die man

Digitized by Google

für neurasthenisch hielt. Schließlich fand sich in der linken Lendengegend ein großer, höckriger, unbeweglicher Tumor. Beim Ureterenkatheterismus fand sich, daß nur die rechte Niere Urin entleerte. Unter der Diagnose Nierenneoplasma wurde die Nephrektomie vorgenommen; es fand sich ein großer, wie ein Fibrolipom aussehender Tumor und Zeichen der Periureteritis. Die histologische Untersuchung ergab gummöse Struktur.

Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilis als ätiologischer Faktor bei Ostitis fibrosa, von P. G. Skillern-Philadelphia. (Am. J. m. sc., Okt. 1913.) Verfasser berichtet über einen 22jährigen Landwirt, der eine Verbiegung und Infraktion des Femur darbot und offenbar hereditär (Wassermann positiv) syphilitisch war. Unter antisyphilitischer und orthopädischer Behandlung wurde ein sehr befriedigendes Resultat erzielt. Es wird noch ein von Elmslie beobachteter Fall besprochen, der vielleicht auch auf luetischer Basis beruhte, und als Schlußthese wird die Ansicht ausgesprochen, daß jedenfalls viele Fälle von Ostitis fibrosa auf alter hereditärer Lues beruhen. Philippi-Salzschlirf.

Anormale Form der Knochensyphilis, von Lenormant. (Bull. méd., 1913, Nr. 84.) Eine 24jährige Dame hatte eine Schwellung des Ellenbogens mit den Zeichen der entzündlichen Ostitis; sie hatte Zeichen der Erbsyphilis und positiven Wassermann. Die Radiographie ließ an eine gummöse Infiltration denken. Der zweite Patient hatte am unteren Radiusende Schwellung und Rötung, Ödem des Handrückens und Fluktuation. Savariaud bestreitet die syphilitische Natur der Affektionen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beiträge zur Knochen- und Gelenksyphilis, von Axhausen-Berlin. (B. kl. W., 1913, Nr. 51.) Verfasser berichtet nur über die Spätformen akquirierter und kongenitaler Lues. Bei der Spätsyphilis der Knochen muß man durchaus zwei Formen unterscheiden. Neben der häufigeren, umschriebenen gummösen Form eine zweite seltenere, bei der ein ganzer oder mehrere ganze Knochen über große Strecken hin diffus erkrankt, ohne daß es zur Ausbildung umschriebener Gummen käme. Bei der diffusen Knochensyphilis und besonders der Abart, die Verfasser als tumorbildende Knochensyphilis bezeichnet, gehen den äußeren Veränderungen fundamentale Umwandlungen der inneren Architektur parallel. Diese Umänderung des gesamten Knochenbestandes durch periostalen und myelogenen Knochenbau und durch radikalen inneren Umbau der ganzen ursprünglichen Kompakta ohne Erweichung und Eiterung ist das prägnante Charakteristikum der diffusen Knochensyphilis. Diesem anatomischen Vorgang entsprechen auch die Röntgen-Befunde. In mehreren Fällen konnte Verfasser nicht nur das Vorkommen ausgedehnter Knochennekrosen, sondern auch überzeugende Bilder der inneren Substitution, genau wie wir sie von der Knochenüberpflanzung her kennen, nachweisen. Mit diesem Befunde des inneren Zusatzes ist auch zugleich die Einwendung beseitigt, als könne es sich bei den Fällen ausgedehnter Nekrosen um die Vorstadien luetischer Sequester handeln. Sieben Fälle werden ausführlich auch durch Abbildungen erläutert. In der Auffassung von der Häufigkeit und der Bedeutung der Gelenksyphilis ist in den letzten Jahren ein gewaltiger Umschwung eingetreten. Neben der weitaus größeren Häufigkeit des Leidens ist es besonders die bunte Mannigfaltigkeit des klinischen Bildes, worauf in neuester Zeit wiederholt eindringlich hingewiesen wurde. Die Gelenksyphilis erscheint bald im Gewande der akuten Polyarthritis oder der blennorrhoischen Arthritis, bald in dem der chronischen Polyarthritis; sie macht nicht selten die Erscheinungen der chronischen Arthritis deformans; sehr häufig ist sie der Gelenktuberkulose zum Verwechseln ähnlich. Zum Beweise dieser Vielgestaltigkeit und zum Beweise der schwierigen Diagnose in gewissen Fällen greift Verfasser aus 15 Beobach-

Digitized by Google

tungen interessante Einzelheiten heraus. Hinsichtlich der Therapie wird dann zum Schluß noch ein frappanter Erfolg des Salvarsans mitgeteilt.

Georg Heymann-Elbing.

Syphilitische Erkrankungen der Gelenke und Knochen bei Kindern, von Oswald Addison-London. (M. Press. a. Circ., 18. Juni 1913.) Klinisch ist die Diagnose der Syphilis bei Kindern oft schwer, wenn nicht unmöglich. Die Wassermannsche Reaktion gibt dann sehr schätzenswerte Auskunft. Die syphilitische „Epiphysitis", die ihren Namen zu Unrecht führt, kommt im ersten Lebensjahr, sehr häufig besonders im dritten Lebensmonat vor. Die pathologischen Veränderungen sind oft am deutlichsten an den Enden der Diaphysen, auf deren ganze Länge sie sich häufig erstrecken. Bei mangelnder Behandlung kommt es häufig zur Trennung der Epiphyse unter den Begleiterscheinungen einer subakuten oder, bei Sekundärinfektion, einer suppurativen Arthritis. Bei entsprechender Behandlung, Verband und Quecksilber, ist die Prognose günstig. Periostitis kommt selten vor dem vierten oder fünften Lebensjahre vor; hauptsächlich werden Tibia und Schädelknochen befallen. Die Knochenauflagerung wird nicht vom Periost, dem solche Fähigkeit mangelt, sondern von den Osteoblasten gebildet. In den ersten Stadien der Erkrankung sind die Symptome gering, um später an Stärke zuzunehmen. Die Diagnose ist meist nicht schwer; Röntgen-Aufnahmen erleichtern sie. Therapeutisch sind Quecksilber- und Jodpräparate anzuwenden; bei starker Verdickung kommt operative Behandlung in Betracht. Die syphilitische Osteomyelitis befällt hauptsächlich die langen Röhrenknochen und hier ganz besonders die Diaphysenenden. Die im Knochenmark sich bildenden Gummata brechen unter Fistelbildung nach außen durch; Sequesterbildung ist nicht selten. Die Erkrankung ist vor dem neunten oder zehnten Lebensjahre ungewöhnlich. In den Frühstadien ist medikamentöse Behandlung wirksam; Fistelbildung verlangt Operation. Die Heilung der Wunden geht wegen der Sekundärinfektion sehr langsam vor sich. Von syphilitischen Gelenkerkrankungen kommen bei Kindern hauptsächlich zwei Formen vor: die symmetrische seröse und die gummöse Synovitis. Spezifische Therapie gibt gute Prognose. Bemerkenswert ist, daß im allgemeinen bei den hierher gehörigen Erkrankungsfällen die bekannten klinischen Symptome der kongenitalen Lues sehr häufig fehlen. Fendt-Wiesbaden.

Syphilitische Erkrankungen der Gelenke und Knochen bei Kindern und deren Differentialdiagnose vom Standpunkt des inneren Arztes, von Sydney A. Owen-London. (M. Press. a. Circ., 17. Sept. 1913.) Die Syphilis wird bei jugendlichen Menschen so häufig übersehen, weil der Arzt neben der gerade vorliegenden Erkrankung klinische Symptome der kongenitalen Syphilis zu finden erwartet. Zur Stellung der Diagnose kann die Wassermannsche Reaktion nicht überschätzt werden; sie sollte in allen zweifelhaften Fällen herangezogen werden. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten können entstehen bei atypischen Fällen von infantilem Skorbut, bei Rachitis, Knochenverletzungen (Frakturen mit Bluterguß, Periostitis), Rheumatismus, Purpura rheumatica, Arthritis blennorrhoica, Synovitis symmetrica, Hämophilie (soweit sie die Gelenke betrifft), Gicht und Spätrachitis. Fendt-Wiesbaden.

Ausbleiben des okulokardialen Reflexes bei Syphilis, von Loeper und Mougeot. (Bull. méd., 1914, Nr. 22.) Druck auf die Augen bewirkt Verlangsamung des Herzschlages. Dieser Reflex kann bei Syphilis ganz verschwunden sein, so daß sich der Puls nicht ändert, oder nur teilweise, so daß zwar keine Verlangsamung, aber doch eine deutliche Verminderung der Schlagintensität hervorgerufen wird. Dieses Ausbleiben des Reflexes scheint um so häufiger zu sein, je älter die Syphilis ist.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Über einen klinisch und anatomisch untersuchten Fall von isolierter, reflektorischer Pupillenstarre bei Fehlen von Paralyse, Tabes und Syphilis cerebrospinalis, von M. Nonne und F. R. Wohlwill-Hamburg. (Zbl. f. Nervhlk., 1914, Nr. 10.) Die Verfasser teilen folgenden Fall mit: Eine 38jährige Frau wurde im August 1912 in schwerem Delirium tremens aufgenommen. Sie war seit langem Potatrix strenua; sehr heruntergekommen und anämisch mit Symptomen beginnender Lungentuberkulose zeigte sie als Stigma einer überstandenen Syphilis eine große Perforation des weichen Gaumens; sie war vor 13 Jahren infiziert worden und hatte eine Schmierkur durchgemacht, seitdem nicht wieder antisyphilitisch behandelt. Am Nervensystem waren somatische Anomalien nicht vorhanden, mit Ausnahme von beiderseitiger echter Pupillenstarre. Die WR im Blut fiel einmal negativ, drei Wochen später positiv aus. Im Liquor spinalis war die WR bei Auswertung bis 1 ccm gleich Null. Lymphozytose gleich Null. Phase I gleich Null. Die Patientin verblieb nach Abklingen des Deliriums wegen der fortschreitenden Lungenerkrankung im Krankenhause und starb nach etwa einem Jahre, währenddessen die häufig wiederholte Untersuchung des Nervensystems niemals somatische Anomalien erkennen ließ, außer der erwähnten Pupillenstarre. Die Sektion ergab: Lungentuberkulose, Myodegeneratio cordis, Aortitis luetica im Anfangsteil der Aorta. An Gehirn und Rückenmark fand sich mikroskopisch nichts Abnormes, und die mikroskopisch angetroffenen geringfügigen Veränderungen dürften teils auf den Alkohol, teils auf die Tuberkulose zurückzuführen sein. Paralyse, Tabes, Syphilis cerebrospinalis auch im Anfangsstadium konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Verfasser, die sich wohl einiger Kenntnis in der Literatur rühmen dürfen, glauben, daß ihre Beobachtung einzig dastehend ist, und ihre hohe Bedeutung liegt darin, daß man nach Meinung der Verfasser nicht mehr berechtigt ist, mit Möbius zu sagen: Jede echte reflektorische Pupillenstarre ist der Ausdruck einer bereits bestehenden Tabes oder Paralyse oder Syphilis cerebrospinalis. Den Alkoholismus als Ursache der Pupillenstarre anzusprechen, ist bei der großen Seltenheit, in der eine Pupillenstarre als Folge von chronischem Alkoholismus beobachtet worden ist, nicht gut angängig in einem Falle, in dem das Individuum syphilitisch war. Die Verfasser deuten ihren Fall so, daß die isolierte, reflektorische Pupillenstarre ein klinisches Residuum eines früheren syphilitischen anatomischen Prozesses darstellt, dessen Erlöschen man annehmen kann, wenn die Liquorreaktionen negativ sind. Lasch-Breslau.

Zur Bewertung der reflektorischen Pupillenstarre, von Otto Maas-Buch bei Berlin. (Zbl. f. Nervhlk., 1913, Nr. 15.) Trotzdem seit mehr als 40 Jahren die Bedeutung der reflektorischen Pupillenstarre für die Diagnostik der Nervenerkrankung unbestritten ist, so herrscht noch keine Einstimmigkeit darüber, ob das Argyll-Robertsonsche Phänomen nur bei progressiver Paralyse und Tabes dorsalis (eventuell als einziges Symptom) auftritt, oder ob es auch bei Individuen vorkommen kann, die weder an Tabes noch Paralyse leiden, aber eine sichere syphilitische Infektion durchgemacht haben; und weiter, ob es auch bei anderen Infektionen oder Intoxikationen (chronischer Alkoholismus) eine wichtige Rolle spielt. Maas hat einen Patienten beobachtet, bei dem für Alkoholismus kein Anhalt vorhanden war, und für Lues, die negiert wurde, nur zwei Aborte der Ehefrau sprachen. Die Pupillen reagierten nicht auf Licht, aber prompt auf Konvergenz; im übrigen zeigte das Nervensystem nichts Pathologisches. Ganz unerwartet trat der Exitus ein. Bei der Sektion fanden sich weder im Rückenmark, noch im Gehirn erhebliche Veränderungen, die auf Tabes oder Paralyse hingewiesen hätten, sondern nur solche, die nach der Ansicht des Verfassers als arteriosklerotische aufgefaßt werden mußten, so daß die Ätiologie der Pupillenstarre im Dunkeln blieb. Ob stets eine syphilitische Infektion der Pupillenstarre vorausgegangen sein muß,

Digitized by Google

scheint dem Verfasser noch unentschieden, solange noch Fälle zur Beobachtung kommen, in denen trotz sicherer syphilitischer Infektion die WR negativ ausfällt und auch die vier Nonneschen Reaktionen versagen, d. h. solange wir noch keine unanfechtbaren Methoden besitzen, um das Vorhandensein einer latenten Lues mit absoluter Sicherheit auszuschließen. Im Anschluß an diese Erwägungen fügt der Verfasser zwei Krankengeschichten von multipler Sklerose bei, in denen nur das Vorhandensein von reflektorischer Pupillenstarre die Diagnose zweifelhaft erscheinen ließ. Nach Ansicht des Verfassers ist das Vorkommen des Robertsonschen Phänomens auf der Basis der Sclerosis multiplex sehr wohl in Erwägung zu ziehen. Lasch-Breslau.

Über das Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit bei isolierten Pupillenstörungen, von Assmann-Leipzig. (Zschr. f. Nervhlk., Bd. 49, H. 4—6.) In einer sehr ausführlichen Arbeit über die Bedeutung der Reaktion des Liquor cerebrospinalis für die Entscheidung der luetischen Natur des Argyll-Robertsonschen Phänomens kommt der Verfasser zu der Überzeugung, daß der Liquoruntersuchung eine große Wichtigkeit zuzuerkennen ist, besonders deshalb, weil dieselbe anzeigt, ob zurzeit aktive Prozesse an den Meningen des Zentralnervensystems vorliegen. Die erste Gruppe seiner Fälle mit isolierten Pupillenstörungen zeigte typische Liquorveränderungen, wie wir sie bei luetischen, resp. metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems zu finden pflegen. In einer zweiten Gruppe fehlte jede Liquorveränderung, doch war die Diagnose „Lues" sonst sichergestellt, so daß die isolierte Pupillenstarre das einzige Zeichen eines abgelaufenen luetischen Prozesses im Zentralnervensystem darstellte. Sehr skeptisch steht Assmann zu der Annahme, daß chronischer Alkoholismus (ohne Lues) isolierte Pupillenstörungen hervorrufen könne, obwohl ein derartiger Fall von Pupillenstörungen (an Intensität zunehmende absolute Starre) bei schwerer alkoholischer Polyneuritis ohne irgend welche Luesanzeichen in der Literatur mitgeteilt wird.
Lasch-Breslau.

Papillitis als frühzeitiges Symptom angeborener Lues, von K. Beck und M. Mohr-Budapest. (Szemészet, Beiblatt der Orv. Hetilap, 1913, Nr. 2.) Everbusch sagte: Manchmal ist die Neuritis nervi optici das einzige Symptom der angeborenen Lues. Da anfangs die Diagnose schwer ist, ist es empfehlenswert, in jedem Falle von Lues congenita die Augenbasis von einem Augenarzte untersuchen zu lassen. Auf Anregung Becks untersuchten Verfasser die Sache. Die Augenspiegeluntersuchungen unternahm Mohr, aber niemals wußte er die Anamnese. Er untersuchte nicht nur luetische, sondern auch hautkranke Kinder, ja sogar auch gesunde Säuglinge. Der Augenspiegelbefund der syphilitischen Säuglinge war gewöhnlich der folgende: beide Pupillen waren enger als mittel, reagieren gut. Die lichtbrechenden Organe sind rein, die Papillen sind geduusen bis 2—4—6 D, die Ränder sind verwischt, grau bis ins Bläulichgraue, und diese Farbe erstreckt sich manchmal auch auf die Retina; in der Ausdehnung eines halben Papillardurchmessers bedeckt die Adern ein Exsudat. Manchmal ist auch streifartige Blutung zu sehen. Bei der Heilung bildet sich das Exsudat der die Papille umgebenden Retina zurück, später nimmt die Gedunsenheit der Papille ab, der Rand des Sehnervs ist scharf und bekommt die blasse Rosenfarbe der normalen Papille. Das Übergehen in Atrophie beobachteten die Verfasser bei einem fünf Wochen alten Säugling: Papillitis in atrophiam vergens. Die Zahl sämtlicher Fälle war 128, davon 62 mit Papillitis, 19 zweifelhaft, 47 mit gesunder Papille. Die Verfasser bekräftigen die Erfahrung von Japha und Heine, daß die Papillitis ein frühzeitiges und wertvolles Symptom der Lues congenita ist. Auf dieser Basis konnten die Verfasser die sichere Diagnose feststellen, die durch einen positiven Wassermann später bekräftigt wurde. Dies ist auch das am längsten bestehende Symptom, das noch wochenlang bestehen

Digitized by Google

kann, nachdem alle anderen Erscheinungen, namentlich Hautsymptome, verschwunden sind. Porosz-Budapest.

Meningitis optica bei frischer Syphilis, von DE LAPERSONNE-Paris. (J. de Bruxelles, 1913, Nr. 37.) Die Neuritis optica syphilitica praecox erscheint im 5. bis 7. Monate nach der Infektion und ist oft einseitig; sie manifestiert sich als Papillitis, Neuroretinitis und retrobulbäre Neuritis. Wahrscheinlich sind die Nervenscheiden, besonders die Arachnoidea, zuerst befallen, worauf das Zellinfiltrat längs der Pia in den Nerven eindringt und dessen Fasern sekundär alteriert. Richard Frühwald-Leipzig.

Zwei Fälle von Keratitis syphilitica, von JOSEPH E. BRAUNSTEIN-New York. (New York m. J., 4. Okt. 1913.) In dem einen Falle handelte es sich um ein vierjähriges Mädchen, bei deren Mutter die WASSERMANNsche Reaktion positiv, und in dem anderen um einen 17jährigen jungen Mann, bei dem dieselbe positiv war. Dank der WASSERMANNschen Reaktion, die vielleicht um so ausgeprägter, je intensiver die (Augen-) Affektion, konnte in beiden Fällen, wo der Ursprung ererbte Syphilis war, die richtige Diagnose gestellt und spezifische Behandlung eingeleitet werden. Wahrscheinlich ist nun auch die bisherige Annahme, als ob die syphilitische Hornhautentzündung bei jugendlichen Individuen oder Kindern selten sei, einigermaßen zu korrigieren.

Stern-München.

Zur Chemotherapie der luetischen Keratitis, von PAUL v. SZILY-Budapest. (W. kl. W., 1914, Nr. 7.) Die mitgeteilten Mißerfolge der Salvarsantherapie bei Keratitis e lue hereditaria sind nach Verfasser in der gänzlich ungenügenden Applikation des Mittels begründet. Verfasser gibt halb- bis einwöchentlich 0,6 Alt-, resp. 0,9 Neosalvarsan vier- bis sechs- bis zehnmal bis zum völligen Ausheilen des Prozesses. Die Heilungsdauer betrug danach 4—10 Wochen, kein einziger Fall aber blieb unbeeinflußt. Zuweilen stellte sich eine plötzliche lokale Verschlimmerung des Zustandes ein, manchmal mit Beteiligung des anderen, bisher gesunden Auges, aber stets verschwanden diese Reaktionen bei weiteren Dosen Salvarsan, und die Restitution erfolgte zumeist bis zu dem Grade, daß nur mit der Lupe feine Trübung wahrnehmbar und die Wiederherstellung des Normalvisus gesichert war. Verfasser stimmt darum auch den Verfassern nicht bei, die die Keratitis parenchymatosa für keine echte syphilitische Erkrankung, sondern für einen degenerativen Prozeß aus dem Bereiche der metaluetischen Affektionen halten. Dagegen spricht auch der in den allermeisten Fällen vorhandene WASSERMANN, der das Vorhandensein eines aktiven Herdes anzeigt. W. Lehmann-Stettin.

Kondylomata der Iris und Gummata des Ziliarkörpers, von C. DISANTO-Bari. (Gazz. internaz. di M. e Chir., 1914, Nr. 14.) Beschreibung von 2 Fällen. Im ersten traten die Läsionen an der Iris 1 Monat nach der Infektion auf, dehnten sich nicht weiter aus und heilten unter Hg-Behandlung. Im zweiten traten die Alterationen der Iris 6 Monate nach der Infektion auf, trotz energischer Hg-Behandlung dehnte sich der luetische Prozeß aus, nach einigen Wochen entwickelten sich Gummata am Ziliarkörper und nach 6 Monaten von Beginn der Behandlung war das Auge atrophisch.

K. Rühl-Turin.

Die Behandlung von Augensyphilis und anderer Komplikationen der Syphilis mit Salvarsan, von D. F. REEDER. (M. Press. a. Circ., 4. März 1914.) Auf Grund des Literaturstudiums und seiner eigenen Erfahrungen kommt Verfasser zu dem Schluß, daß Salvarsan nicht geeignet ist, alle Fälle von Syphilis, besonders von syphilitischen Augenerkrankungen zu heilen, daß eine einmalige Anwendung in keinem Falle genügt, daß es bei Auswahl der Fälle anscheinend unschädlich ist und daß die meisten „Nebenwirkungen" der Erkrankung und nicht dem Arzneimittel zuzuschreiben sind; es ist von

Digitized by Google

guter Wirkung bei schweren Fällen von Iritis luetica, aber Quecksilber und Jodkalium sollen hierbei doch angewendet werden. Fendt-Wiesbaden.

Behandlung der Augensyphilis, von Georges Kleefeld. (Policlinique, 1914, Nr. 1.) Referierende Übersicht über die Quecksilber- und Salvarsanbehandlung der syphilitischen Augenerkrankungen. Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Zur Frage der Epithelisierung granulierender Hautdefekte, von K. Vogel-Dortmund. (M. m. W., 1914, Nr. 26.) Verfasser gibt eine Übersicht der neueren auf diesem Gebiete erschienenen Publikationen und lenkt besonders die Aufmerksamkeit auf die seinerzeit von Schede in Bonn vielfach angewandte Methode der spiralig (z. B. bei Ulcus cruris), direkt auf die granulierende Fläche anzulegenden Heftpflasterstreifen.
Philippi-Salzschlirf.

Pflasterverband zur schnellen Epithelisierung granulierender Flächen, von M. Borchardt-Berlin. (M. m. W., 1914, Nr. 30.) B. bestätigt die von Vogel (M. m. W., 1913, Nr. 26) erwähnte gute Wirkung der Pflasterverbände bei Ulcus cruris, wie er dieselben bei E. v. Bergmann schon vor Jahren kennen gelernt hat.
Philippi-Salzschlirf.

Eine neue Spritze zur intravenösen Injektion von konzentrierten Neosalvarsan — und anderen sehr reizenden Lösungen, von Titu Vasiliu. (B. kl. W., 1914, Nr. 30.) Die Technik der bereits bei der Salvarsaninfusion zur Anwendung gelangten Anbringung zweier Büretten nebeneinander über einem gemeinsamen Schlauch, deren eine mit Salvarsan-, deren andere mit Kochsalzlösung gefüllt ist, so daß man wechselweise bald die eine, bald die andere Flüssigkeit abfließen lassen kann, ist hier auf die Spritze übertragen. Zwei Rekordspritzen sind in ihren oberen Teilen durch eine Klemme, an ihren unteren Enden durch einen hohlen, abnehmbaren Metallbogen verbunden, auf dessen Mitte vorn die Nadel befestigt wird. Ernst Klemm-Leipzig.

Verschiedenes.

Das **Johns Hopkins-Hospital** in Baltimore feierte am 5. Oktober das 25jährige Bestehen seiner medizinischen Schule.

Dr. Isadore Dyer, Professor der Dermatologie an der Tulane University zu New Orleans, wurde auch zum Professor desselben Faches an der dort neugegründeten School of Hygiene and Tropical Medicine ernannt.

Stabsarzt Prof. Hans Hübner, Leiter der dermatologischen Station des Krankenhauses in Elberfeld, hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Dr. Hugo Roubitschek, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Prag, soll in russische Kriegsgefangenschaft geraten sein.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. November 1914 | Nr. 46 | Band 59

Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis des syphilitischen Primäraffektes am Nabel.

Von

Prof. Dr. Rille.

Direktor der dermatologischen Klinik an der Universität Leipzig.

(Mit 1 Abbildung.)

Im Anschlusse an die eingehendere klinische Bearbeitung, welche ich vor kurzem der so sehr seltenen Lokalisation des syphilitischen Primäraffektes am Nabel gewidmet habe[1]), möchte ich noch über einige mir erst nachträglich bekannt gewordene Beobachtungen dieser Art berichten. Ich halte das deshalb für gerechtfertigt, weil diese Kasuistik sonst schwerlich zur allgemeinen Kenntnis der Fachkreise gelangen dürfte; zwei Fälle hiervon sind nämlich überhaupt nicht und zwei andere bloß in relativ wenig verbreiteten Zeitschriften veröffentlicht worden.

Der erste Fall ist mir aus einer Moulage bekannt, welche ich in der Wanderausstellung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kennen lernte und deren Original sich im Museum des Hamburger Krankenhauses St. Georg befindet. Sie entstammt, wie ich den brieflichen Mitteilungen von Hrn. Kollegen Arning entnehme, der Beobachtung von Lassar und betrifft ein sehr junges Mädchen, welches angab, daß die infizierende Person mit dem erigierten Penis auf seinem Nabel herumgespielt habe. Wie die hier dank Hrn. Arnings freundlicher Erlaubnis beigegebene Abbildung zeigt, ist die der Nabelnarbe entsprechende Gegend in ein etwa fünfpfennigstückgroßes, länglich ovales Geschwür umwandelt, dessen Basis ziemlich stark vertieft und braunrot glänzend und dessen Ränder scharf umschrieben und infiltriert, nach untenhin etwas aufgeworfen erscheinen; über die Ulzeration hinaus befindet sich ein fast fingerbreiter zirkulärer, blaß geröteter Entzündungshof. Ob der von Fournier[2]) und von mir hervorgehobene, den syphilitischen Primäraffekt am Nabel fast regelmäßig begleitende und klinisch wie diagnostisch so sehr interessante vierfache Primärbubo (in axilla

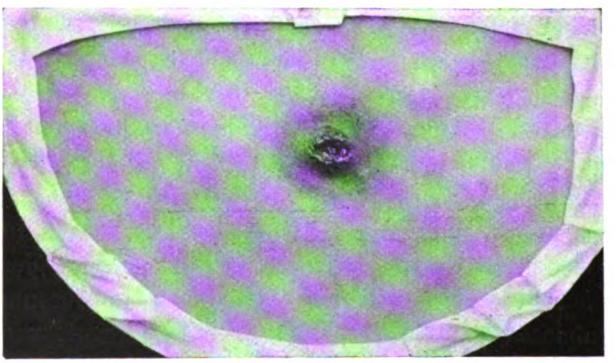
[1]) Rille. Über den syphilitischen Primäraffekt am Nabel. Festschr. f. E. Lesser. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 865—874. — [2]) Fournier, Les chancres extragénitaux. Paris 1897, S. 326.

Digitized by Google

und in inguine) auch in diesem Falle vorhanden gewesen ist, läßt sich mangels einer Krankengeschichte nicht angeben.

Die Hamburger Moulagensammlung soll noch den Abguß eines zweiten Falles aus Lassars Praxis besitzen, doch liegen über diesen keinerlei Notizen vor.

Audry[1]) berichtet von einem 24jährigen, äußerst kräftigen Manne, einem passionierten Fußballspieler, welcher ihn wegen einer „Hautabschürfung" am Abdomen aufsuchte. Er konstatierte zunächst ein ziemlich ausgedehntes, makulopapulöses Syphilid, ferner wurde vom Kranken über Kopfschmerz und Müdigkeit geklagt; Genitalien und Mund waren frei von Krankheitserscheinungen. Es bestand aber etwas rechts und unterhalb vom Nabel eine zweifrankstückgroße Ulzeration vom typischen Aussehen eines syphilitischen Primäraffektes. Aus den ziemlich präzisen chronologischen Angaben des Kranken ließ sich entnehmen, daß die Sklerose 43 Tage vor dem Erscheinen des Exanthems aufgetreten war (die Sklerose etwa am 10. Febr., die Roseola am 25. März). Da Patient seit Jahren mit einer gesunden Frauensperson verkehrt und überdies zur kritischen Zeit sich derselben zufälligerweise ferngehalten hatte, kam Audry auf den Gedanken, ob sich jener nicht $1^1/_2$ Monate vorher beim Fußballspiele einer Infektion durch Kleidungsstücke ausgesetzt haben könnte. Auf die Frage darnach erfolgte die überraschende Antwort, daß P. in der Tat am 18. und am 22. Januar ihm nicht gehörige Sportbeinkleider (Trikots) aus der Garderobe am Spielplatze angelegt hatte, deren Eigentümer und somit auch der Gesundheitszustand des letzteren unbekannt geblieben ist. Bereits mit dem exulzerierten Primäraffekt behaftet hatte P. übrigens auch sein eigenes Kostüm einem Kameraden geliehen, welcher indes glücklicherweise nicht infiziert worden ist.



Wenn es sich auch in diesem Falle nicht um einen direkt am Nabel lokalisierten Primäraffekt handelt, so ist diese Beobachtung doch äußerst

[1]) Audry, Syphilis et football. La Province médicale, 25. März 1911, Bd. 24, Nr. 12, S. 132.

Digitized by Google

lehrreich wegen des Infektionsmodus, der vielleicht ein Licht wirft auf derartige sonst meist unklar bleibende primär-syphilitische Affektionen der Nabel- und Abdominalgegend. Es ist wahrscheinlich, daß die Infektion stattfand entsprechend einer wundgeriebenen Stelle, wie solche bei der in Rede stehenden Sportübung sich sehr leicht entwickeln können.

Einen weiteren Beweis für die Möglichkeit einer Syphilisübertragung durch infizierte Wäschestücke liefert die Mitteilung von Marcailhou d'Aymeric-Toulouse [1]). Dieser beobachtete 1901 im Militärspitale zu Lyon einen Infanteristen mit einem deutlich entwickelten harten Schanker am Nabel. Da über den Infektionsmodus zunächst kein Aufschluß erbracht werden konnte und namentlich eine direkte Contamination inter viros sich schwer hätte beweisen lassen, verfiel man darauf, das Märkezeichen an der Wäsche des Kranken nachzusehen, und stellte dabei fest, daß er das Hemd eines Kameraden anhatte; die Untersuchung des letzteren ergab einen am Genitale situierten, syphilitischen Primäraffekt. Der Autor ist daher geneigt anzunehmen, daß auch hier die Übertragung durch die Leibwäsche erfolgt war.

Durch die hier mitgeteilten Beobachtungen (Lassar, Marcailhou d'Aymeric), erscheint die Zahl der in meiner früheren Publikation zu sammengestellten 8 Fälle von Nabelprimäraffekt (Neumann, Leloir, Fournier, Berliner, Rille) auf 11 vermehrt [2]).

Aus Prof. Unnas Dermatologikum.

Die Behandlung juckender Dermatosen mit Ringerscher Lösung und Eigenblut.

Von

Dr. Fritz Lux, Assistenzarzt.

(Schluß.)

Ich komme nunmehr zu den Fällen, die mit Blutinjektionen behandelt sind. Sie erhielten sämtlich Eigenblut, abgesehen von drei Kindern, die Blut ihrer Mutter injiziert bekamen.

Fall XI. Kind A., $1^1/_2$ Jahr.

Familienanamnese o. B.: Kind als Säugling öfters Magendarmstörung, jetzt keine derartigen Beschwerden. Seit 4—5 Monaten treten alle 3—4 Wochen Nessel-

[1]) Marcailhou d'Aymeric, Les dangers du foot-ball. Chronique médicale, 1912, Bd. 19, S. 60. — [2]) Nicht mitgezählt ist hier die bei mehreren Neugeborenen durch eine syphilitische Hebamme veranlaßte Endemie von Umbilikalschankern, welche Bleynie 1855 in Rochechouart (Depart. Haute-Vienne, Frankreich) beobachtet hatte (mitgeteilt von Bardinet in Bullet. de l'Acad. de Méd., Paris 1874, Bd. 37, S. 319).

Digitized by Google

flecken auf, die stark jucken. Kind sehr unruhig, an verschiedenen Stellen Flecken wie von Brennesseln. Eine antiparasitäre Kur blieb erfolglos.

Status: Am Stamm und Extremitäten mehrere Urtikariaquaddeln bis Pfennigstückgröße, zahlreiche Kratzeffekte.

Diagnose: Urtikaria.

25. XI. 1913. 5 ccm Blut der gesunden Mutter dem Kinde intraglutäal injiziert.

28. XI. Die Mutter berichtet, daß das Kind seit der Einspritzung viel ruhiger geworden ist. Die letzten Nächte hat es seit langem wieder durchgeschlafen. Heute morgen geringer Juckreiz an der Schulter. Daselbst kleine frische Quaddel.

15. XII. 5 ccm Blut der Mutter dem Kinde intraglutäal injiziert.

5. I. 1914. Mutter stellt das Kind als geheilt vor.

Fall II (s. oben) bekam wegen Riesenurtikaria am 21. XI. 5 Uhr nachmittags 30 ccm Blut aus der Vene intraglutäal.

22. XI. Rezidiv an der Schulter, 10 Uhr vormittags 40 ccm Blut entnommen, davon 30 ccm intraglutäal injiziert.

23. XI. Rezidiv am Skrotum, 90 ccm Blut entnommen, davon 30 ccm intraglutäal injiziert.

24. XI. Rezidiv am Bauch.

26. XI. Riesenurtikaria am Nabel.

Fall XII. Kind Sch., $2^1/_4$ Jahr.

Mutter gesund, eine Schwester gesund. Das Kind hat im vorigen Jahr während 6 Monaten dieselbe Krankheit gehabt. Jetzt besteht seit 4 Wochen wieder starker Juckreiz, es entstehen nachts punktförmige Quaddeln wie Stiche von Ungeziefer mit großer Unruhe, besonders vor dem Einschlafen.

Status: Zahlreiche typische Effloreszenzen von Lichen urticatus, auf beiden Schultern frische Eruptionen.

Diagnose: Lichen urticatus.

4. XI. 1913. 10 Uhr vormittags werden der Mutter 15 ccm Blut entnommen, Kind erhält davon 5 ccm intraglutäal.

5. XI. Kind heute viel ruhiger, juckt sich fast gar nicht mehr.

Befund: Allgemeinbefinden gut, Injektionsstelle schmerzlos, nur geringe Härte. Keine neuen Eruptionen von Lichen urticatus. Mutter war nachmittags auffallend müde.

8. XI. Am ganzen Körper abheilende Lichen-urticatus-Effloreszenzen, keine neuen, noch ziemlich reichlich Kratzeffekte.

5 ccm der Mutter aus der Vene entnommenes Blut werden dem Kinde intraglutäal injiziert.

9. XI. Kind juckt sich nicht mehr, ist viel ruhiger, keine neuen Stellen.

28. XI. Auf Anfrage berichtet die Mutter, daß seit dem Tage der Injektion das Kind viel munterer und ruhiger geworden ist. Vor 8 Tagen sind wieder kleine Stellen am Bein aufgetreten, die inzwischen verschwunden sind. Der Schlaf ist besser, Appetit gut.

Fall IV. S., Pruritus universalis. Pat. war vor fast 3 Monaten schon mit Ringerscher Flüssigkeit behandelt worden, siehe oben, war dann etwa 14 Tage beschwerdefrei gewesen. Kommt jetzt wieder, da der Zustand wieder wie vordem ist.

18. XI. 1913. 10 Uhr vormittags 30 ccm Blut aus der Vene intraglutäal injiziert. Nachmittags leichte Besserung, Müdigkeit.

20. XI. 40 ccm aus der Vene entnommen, davon 30 intraglutäal injiziert.

Digitized by Google

21. XI. Kein Erfolg.

22. XI. 110 ccm Blut entnommen, 30 ccm intraglutäal injiziert.

23. XI. Kein Erfolg.

Fall XIII. Frau E., 67 Jahre.

Anamnese: Seit vielen Jahren magenleidend, öfters Erbrechen ohne Blut. Seitdem abgemagert.

Seit 4 Wochen Hautjucken, wacht nachts mehrmals auf, muß oft 2—3 Stunden aufstehen, um im Umhergehen zu kratzen.

Status: Senile trockene Haut, an zahlreichen Stellen Exkoriationen mit Kratzstriemen. Keine Urtikariaquaddeln, kein Ekzem.

Diagnose: Pruritus universalis.

26. IX. 1912. 20 ccm Blut aus der Vene entnommen und intraglutäal injiziert.

27. IX. Pat. berichtet, daß der Juckreiz abends nach der Injektion nachgelassen hat, sie hat das erstemal seit 4 Wochen durchgeschlafen. Heute morgen Juckreiz, wenn auch in geringerem Grade aufgetreten.

2. X. Letzte Nacht wieder stärkerer Juckreiz.

9½ Uhr vormittags: Venaepunktion und Entnahme von 15 ccm Blut mit sofortiger intraglutäaler Injektion. Abends Nachlassen des Juckreizes. Nachts ungestört geschlafen.

3. X. Injektionsstelle schmerzlos. Pat. fühlt sich wohl, Juckreiz fast völlig geschwunden.

21. X. 1913. Juckreiz ist wieder in geringerer Stärke aufgetreten.

9 Uhr vormittags 15 ccm aus der Vene intraglutäal injiziert.

Der Juckreiz verschwand wenige Stunden nach der Injektion.

28. XI. Pat. stellt sich als geheilt vor.

Fall XIV. G., 82 Jahre.

Anamnese: Pat. ist seit 2 Jahren blind, sonst nie ernstlich krank. Seit einem Jahre quälender Juckreiz. Nachts mußte Pat. meist 6—7mal aufstehen, um zu kratzen.

Status: Verhältnismäßig gute Fettpolster, die Haut, besonders des Stammes, ist übersät von zahlreichen Kratzeffekten, Striemen und Exkoriationen. Kein Ekzem: Urin: Alb., Sacch. —.

Diagnose: Pruritus universalis.

9. X. 1913. 12 Uhr 20 ccm Blut aus der Vene intraglutäal injiziert.

Pat. hat nachmittags „so schön geschlafen wie seit langer Zeit nicht". In der darauf folgenden Nacht bis Mitternacht ungestört geschlafen, dann wegen auftretenden Juckreizes aufgewacht, dann ruhig bis zum Morgen geschlafen.

16. X. Allgemeinbefinden besser.

10 Uhr vormittags 15 ccm Blut aus der Vene intraglutäal injiziert.

Nachmittags gut geschlafen, auch in der darauffolgenden Nacht, wie oben.

Vom 17./18. X. Verschlimmerung.

21. X. Juckreiz in alter Stärke vorhanden.

10 Uhr vormittags 20 ccm Blut aus der Vene intraglutäal injiziert.

Nachmittags deutlich Besserung. Nachts zweimal aufgewacht wegen Juckreizes.

29. X. Juckreiz in alter Stärke vorhanden. 25 ccm Blut aus der Vene intraglutäal eingespritzt.

30. X. Nachts gut geschlafen, Abnahme des Juckens.

5. XI. Pat. hat noch Jucken auf der Brust.

10 Uhr vormittags 25 ccm aus der Vene intraglutäal.

7. XI. Erfolg wie oben.

Digitized by Google

28. XI. Die Linderung der Beschwerden hat einige Tage angehalten. Der Juckreiz in alter Stärke wieder vorhanden.

Fall XV. Fr., 62 Jahre.

Anamnese: Seit 8 Tagen quälender Juckreiz, ist mehrmals nachts aufgewacht.

Status: Mäßiger Ernährungszustand, schlaffe trockene senile Haut. Arteriosklerose. Haut: Zahlreiche Kratzeffekte, Ekzem kann leicht ausgeschlossen werden.

Diagnose: Pruritus universalis.

28. X. 20 ccm Sanguis aus der Kubitalvene entnommen, intraglutäal injiziert.

Pat. merkte nach wenigen Stunden vollständiges Verschwinden des Juckreizes, er ist abends das erstemal seit langer Zeit sofort eingeschlafen, hat ungestört durchgeschlafen.

29. X. Der Juckreiz ist, wenn auch in geringem Grade, heute morgen wieder aufgetreten. Allgemeinbefinden sehr gut.

1. XI. Letzte Nacht leidlich, Juckreiz wieder heute morgen etwas stärker.

10 Uhr vormittags 25 ccm aus der Vene intraglutäal injiziert. Deutlich Besserung wie oben.

4. XI. Die letzte Nacht wieder schlechter geschlafen.

9 Uhr vormittags 25 ccm Blut aus der Vene intraglutäal.

Abends wieder deutliche Abnahme des Juckreizes, Schlaf ungestört.

8. XI. Da noch geringer Juckreiz vorhanden, 9 Uhr vormittags Wiederholung der Injektion.

28. XI. Pat. stellt sich vor. Der Juckreiz ist seit der letzten Injektion vor drei Wochen fortgeblieben.

Fall XVI. Frau W., 37 Jahre.

Seit 5 Tagen unerträglicher Juckreiz am ganzen Körper, seit 2 Tagen auch an der Zunge. Pat. wachte in den letzten Nächten mehrfach auf. Tagsüber läßt der Juckreiz nur zeitweise nach.

Status: Haut ziemlich feucht, zahlreiche Kratzstriemen. Skabies und Ekzem können leicht ausgeschlossen werden. Urtikariaquaddeln nicht vorhanden. Urin: Alb., Sacch. —.

Diagnose: Pruritus universalis.

30. X. 1913. Vormittags 10 Uhr 25 ccm Blut aus der Vene intraglutäal injiziert.

1. XI. Pat. berichtet: nachmittags sehr müde, gut geschlafen; gegen abend wurde sie ohne besondere Ursache ohnmächtig (ist in letzter Zeit öfters ohnmächtig gewesen). Der Juckreiz war nachts wesentlich geringer als die letzten Nächte.

Am 2. XI. Juckreiz in alter Stärke vorhanden.

3. XI. 25 ccm aus der Vene intraglutäal.

Nachmittags Befinden gut, keine Ohnmacht. Mattigkeit, schläfrig, nachts gut geschlafen.

11. XI. Juckreiz hat bis auf Spuren aufgehört. Pat. fühlt sich „wie neugeboren".

28. XI. Pat. stellt sich als geheilt vor.

Fall XVII. Frau D., 81 Jahre.

Seit 4 Wochen starker Juckreiz.

Status: Haut zeigt zahlreiche Kratzstriemen, kein Ekzem.

Diagnose: Pruritus universalis.

31. X. 25 ccm Blut aus der Vene intraglutäal.

1. XI. Juckreiz ist fast verschwunden.

Digitized by Google

28. XI. Pat. berichtet: Juckreiz hat am Tage fast ganz nachgelassen, nachts wacht sie manchmal durch den Juckreiz auf, fühlt sich jetzt wohler.

Fall XVIII. R., Musiker.

Pat. litt bereits vor 3 Jahren an heftigem Juckreiz, der mehrere Wochen anhielt. Jetzt wieder seit einem Monat Juckreiz. Schlaf ist ungestört(?!).

Status: Pat. machte einen schwer neurasthenischen Eindruck, Haut ohne Kratzeffekte, keine Urtikaria.

Diagnose: Pruritus bei Neurasthenie.

7. XI. 1913. 20 ccm Blut aus der Vene intraglutäal injiziert.

Pat. wird unmittelbar nach der Injektion ohnmächtig. Kommt bald wieder zu sich, berichtet, daß er die ganze Nacht musiziert und nur 3 Stunden geschlafen hätte. Ist früher oft ohnmächtig geworden.

8. XI. Keine Besserung.

15. XI. 30 ccm Blut aus der Vene intraglutäal.

16. XI. Keine Besserung.

20. XI. 40 ccm Blut entnommen, davon 25 ccm injiziert.

26. XI. Die Injektionen haben keinen Erfolg gehabt.

Fall XIX. Frau R., Priv.-Pat., Klinik, leidet seit 10—15 Jahren an Ekzemstellen des Nackens. Im Frühjahr 1913 häufiger Juckreiz, spröde Hände. Mitte Juli 1913 bekam Pat. ganz plötzlich nach einem warmen Tage starkes Jucken, überall bildeten sich am Halse Schwellungen, auch das ganze Gesicht war in kurzer Zeit stark geschwollen.

Bei der Aufnahme am 9. X. Gesicht erysipelartig geschwollen, ebenso der Nacken. Hände und Arme weisen ein kallöses Ekzem auf. Die Schwellung geht unter milder Salbenbehandlung langsam zurück.

27. X. Rezidiv: Ekzema erysipelatiforme des Gesichtes mit starkem Brennen und Jucken.

28. X. 20 ccm Blut aus der Vene werden intraglutäal injiziert.

Nachmittags deutliche Erleichterung des Juckreizes, die Schwellung nimmt ab.

30. X. Pat. verlangt nach Wiederholung der Injektion. 10 Uhr 20 ccm Blut aus der Vene intraglutäal injiziert.

31. X. Schwellung und Juckreiz fast völlig verschwunden. Pat. fühlt sich wesentlich besser.

Kurz erwähnen möchte ich nur je einen Fall von Mykosis fungoides und von nässendem, urtikariaähnlichem Ekzem, bei denen ich die Blutinjektionen ohne Erfolg angewendet habe.

Überblicken wir die Resultate der mit Blutinjektionen behandelten Fälle, so erhalten wir folgendes:

Absolut unbeeinflußt bleiben von den 11 Fällen 4: ein Pruritus bei einem Neurastheniker, eine Mykosis fungoides und ein Fall von nässendem, urtikariaähnlichem Ekzem und eine Riesenurtikaria. Bei den übrigen Fällen ist ein günstiger Einfluß unverkennbar; vorübergehend gebessert wird ein Fall von Pruritus universalis, sichtlich gebessert ein Ekzema prurigin. callos., geheilt werden (selbstverständlich ohne jegliche andere Therapie) durch die Eigenblutinjektionen ein Fall von Lichen urticatus, eine Urtikaria, drei Fälle von Pruritus universalis.

Digitized by Google

Die Technik der Blutinjektion ist die denkbar einfachste: man aspiriert mit einer 20—30 ccm fassenden Glasspritze, die vom Auskochen noch leicht erwärmt ist, aus der gestauten Kubitalvene die gewünschte Menge Blut und spritzt unmittelbar darauf dasselbe Blut in die Glutäen ein. Die Kanüle muß in der Vene gut liegen, da bei nur langsamem Ausfließen leicht eine Koagulation in der Spritze eintritt. Es empfiehlt sich übrigens, die Spritze unmittelbar nach der Injektion zu reinigen, da sich sonst der Stempel äußerst schwierig entfernen läßt. Die Blutinjektionen in die Glutäen haben den großen Vorteil, daß sie absolut unschädlich sind. Die beiden Ohnmachten, die ich nach den Injektionen beobachtete, sind wohl nicht auf deren Konto zu setzen. Das eine Mal handelte es sich um einen schwächlichen, hochgradig nervösen Musiker, der die ganze Nacht durchgespielt und kaum 3 Stunden geschlafen hatte, das andere Mal trat die Ohnmacht bei einer zu Koma neigenden Frau mehrere Stunden später ein. Die zweimal wiederholten Injektionen wurden bei beiden anstandslos vertragen.

Der Schmerz an der Injektionsstelle war minimal, wurde jedenfalls von allen Patienten gern in Kauf genommen; er war meist am nächsten Tage bereits verschwunden.

Die Blutinjektion von eigenem Blut hat vor der Infusion von Ringerscher Lösung noch eine größere Einfachheit der Technik voraus, die ja doch immerhin bei der nicht ganz geringen Anzahl von Mißerfolgen ins Gewicht fällt. Das Injektionsmaterial ist mit dem Pat. stets zur Stelle, wenn es gilt, sofort zu injizieren. Eine Assistenz ist hierbei kaum nötig. Eine Reinjektion des Eigenblutes in die Vene, wie es von Spiethoff[1]) ebenfalls vorgeschlagen worden ist, haben wir nicht vorgenommen. Einerseits besteht doch die Möglichkeit, daß trotz aller Vorsicht (Einschieben einer dünneren Kanüle) sich ein Thrombus bildet, der dann eine Embolie mit ihren Folgen bewirkt; andererseits wird die Technik dadurch keineswegs vereinfacht.

Theoretisch sich von der Wirkungsweise der Injektionen mit Ringerscher Lösung und Eigenblut eine Vorstellung zu machen, stößt auf große Schwierigkeiten. Die Hauptschwierigkeit liegt wohl schon darin, daß wir über das Wesen des Juckreizes, insbesondere über seine anatomische Grundlage bis jetzt noch keine klare Vorstellung haben. Bei Urtikaria könnte man mit Unna den Gewebsdruck beschuldigen, die Exsudation ins Gewebe, die die Nervenenden in eigentümlicher Weise reizt, daß kein Schmerz, sondern ein Juckreiz der Effekt ist. Ähnlich könnte man den Juckreiz beim Ekzem und anderen Dermatosen erklären. Wie kommt

[1]) M. Kl., 1913, Nr. 24; Derm. W., 1913, Nr. 42.

Digitized by Google

es aber andererseits, daß die Psoriasis mit ihren dem Ekzem durchaus ähnlichen anatomischen Veränderungen in den weitaus meisten Fällen gar nicht juckt? Warum jucken andere schwerere Hautveränderungen, wie Syphilide, Leprome usw., so gut wie nie?

Eine Erklärung der Wirkungsweise der Serum- und Blutinjektionen versucht Luithlen zu geben in seinen Arbeiten[1]). Er fand, daß die Hautreaktion (Irritation mit Krotonöl u. a.) herabgesetzt wurde bei parenteraler Einverleibung von Serum und kolloidalen Substanzen. In seinen letzten Arbeiten[2]) hat er experimentell eine Einwirkung parenteral zugeführter Kolloide und wiederholter Aderlässe auf die Durchlässigkeit der Gefäße gefunden, und zwar stellte er fest, daß die Durchlässigkeit der Gefäße durch die genannten Substanzen und Aderlässe herabgesetzt würde. Diese Experimente lassen sich gut in Einklang bringen mit den Einwirkungen von Seruminjektionen bei Dermatosen, „die mit Exsudation und Transsudation einhergehen". Er schlägt auch deshalb vor, Aderlässe bei verschiedenen Prozessen entzündlicher und exsudativer Natur: Pneumonie, Pleuritis und anderen, wieder in größerem Maßstabe vorzunehmen.

Es ist immerhin denkbar, daß die Seruminjektionen bei den Dermatosen mit Exsudation eine Veränderung der Gefäßwand herbeiführen in der Weise, daß eine Exsudation verlangsamt wird, und in dem Sinne spricht sich auch Spiethoff aus. Spiethoff spricht allerdings noch allgemeiner von einer Umstimmung der Gewebe. Auffallend bleibt allerdings, daß die makroskopisch sichtbaren Elemente, die Quaddeln bei der Urtikaria, besonders deutlich aber in meinem Fall von Pyrogalloldermatitis die urtikariaähnlichen Effloreszenzen offenbar unbeeinflußt blieben, während der Juckreiz wie mit einem Schlage verschwand. Dies steht offenbar im Widerspruch mit Luithlens Theorie. Noch komplizierter wird der Erklärungsversuch beim Pruritus, wo anatomische Grundlagen für den Juckreiz fehlen, wo eben nur der quälende Juckreiz das einzige Symptom bildet, und gerade hier sehen wir oft die frappantesten Erfolge.

Die Frage der Wirkungsweise der Ringer-Infusion schien nach den ersten Arbeiten Brucks gelöst zu sein. Er glaubte, wie bereits erwähnt, daß es sich bei den Kochsalzinfusionen um einfache Organismusauswaschung handele. Analog könnte man dieselbe Erklärung einfach auf die Behandlung mit Ringer übertragen. Es ist dies ein Erklärungsversuch, der mehrere Jahre vor den Arbeiten Luithlens ausgesprochen ist. Nun fand aber Luithlen, daß durch elektrolytische Substanzen, also Zufuhr von Kochsalzlösung nicht nur keine Herabsetzung der Durchlässigkeit der Gefäße, sondern vielmehr eine, wenn auch geringe Steige-

[1]) W. kl. W., 1913, Nr. 17 u. 45. — [2]) M. Kl., 1913, Nr. 42; Derm. W., 1914, Nr. 6.

Digitized by Google

rung herbeigeführt werden kann. Hier besteht ebenfalls ein Widerspruch zwischen dem Tierexperiment und den klinischen Tatsachen. So interessant an sich die Laboratoriumsversuche LUITHLENS sind, so läßt sich doch nach meinen Erfahrungen mit den daraus gefolgerten Theorien die Wirkungsweise der Injektionen mit Blut und RINGERscher Flüssigkeit nicht völlig erklären. Ich habe eher den Eindruck, daß die genannten Injektionen in bestimmten Fällen einen spezifischen Einfluß auf den Juckreiz haben. Diesen Einfluß genauer zu erklären, wird man erst in der Lage sein, wenn man über das Zustandekommen des Juckreizes besser unterrichtet ist.

Zusammenfassung.

Zur Beeinflussung des Juckreizes hat sich in vielen Fällen von juckenden Dermatosen der Aderlaß mit nachfolgender Infusion von RINGERscher Lösung und Injektion von Eigenblut bewährt, und zwar sind dazu geeignet: Pruritus, Urtikaria, Lichen urticatus, pruriginöses Ekzem, Pyrogalloldermatitis. Kein Erfolg wurde gesehen bei Mykosis fungoides, Dermatitis herpetiformis, Ekzema madidans.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Neosalvarsan in der Augenheilkunde, von MICH. MOHR. (W. kl. Rdsch., 1914, Nr. 12.) Wenn Neosalvarsan unter allen Kautelen und in vorsichtiger Dosierung verabfolgt wird, so kann man bei syphilitischen Augenerkrankungen sehr gute Heilerfolge erzielen. Auch bei Keratitis parenchymatosa kann Heilung herbeigeführt werden, wenn man nur die Behandlung lange genug fortsetzt. Richard Frühwald-Leipzig.

Das Herz bei Syphilitikern, von H. BROOKS-New York. (Am. J. m. sc., Oktober 1913.) Mit einiger Ausführlichkeit bespricht Verfasser die klinischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse bei syphilitischer Erkrankung des Herzens und betont namentlich seine Beobachtung, daß dieses Organ weit häufiger, als im allgemeinen angenommen wird, schon im sogenannten sekundären Stadium affiziert ist, und daß das Gumma keineswegs die einzige oder auch nur die häufigste syphilitische Läsion desselben bildet. So fand er bei 50 konsekutiven Autopsien von Syphilitikern 28mal Affektionen des Epikards in Form von opaleszierenden Verdickungen; das Myokard war sogar bei 44 nachweislich entzündlich affiziert. Echtes Gumma fand sich bei 5 Fällen. Klinisch ist die Herzsyphilis nicht von anderen Herzerkrankungen anderer Provenienz zu unterscheiden, und die Diagnose stützt sich hauptsächlich auf den Nachweis von Lues an anderen Organen. Die Behandlung richtet sich zunächst nach den kardialen Indikationen; ist eine befriedigende Herzaktion wiederhergestellt, so folgt alsdann eine spezifische Behandlung zunächst mit Quecksilber, wobei Verfasser subkutane Injektionen des Salizylats in sterilem Alveolen bevorzugt, wenn er auch je nach der Art des Kranken auch

Digitized by Google

andere Präparate benutzt. Nach angemessener Vorbereitung gibt er Salvarsan intravenös, meist in kleinen Dosen, und setzt dann die Behandlung mit Hg und Jodkalium (ohne dies letztere als ein Spezifikum zu betrachten) bis zur Erzielung einer negativen Wassermannschen Reaktion fort. Die Arbeit ist durch einige bemerkenswerte klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen ergänzt. Philippi-Salzschlirf.

Syphilis des Gefäßsystems am Herzen, von Cesa Bianchi. (Reviste di Opere, 1914, Nr. 2.) In seinem Referat über dieses Thema auf dem XXIII. Kongreß für Innere Medizin zu Rom berichtet B., daß keine andere infektiöse Krankheit die Gefäße so häufig und so intensiv angreift als die Syphilis. Zwei Hauptformen kommen vor: die Mesarteriitis proliferans und die Endarteritis obliterans in den kleinen resp. ectasians in den großen Gefäßen; aus welchen Gründen die Syphilis so häufig das Gefäßsystem am Herzen ergreift, ist noch unbekannt; prädisponierend wirken noch stärkere Muskelarbeit, Alkoholismus und übermäßiger Tabakgenuß. E. Rossen-Wiesbaden.

Syphilis des Gefäßsystems am Herzen, von A. Gnudi. (Riviste di Opere, 1914, Nr. 5.) Als Referent über dieses Thema auf dem XXIII. Kongreß für Innere Medizin zu Rom fordert G., jedes Mittel zu versuchen, um zu einer frühzeitigen und sicheren Kenntnis der initialen Erkrankung der Aorta zu gelangen und diese mit Eifer und Beharrlichkeit zu heilen; zu diesem Zwecke müßten die Syphilitiker nicht nur in bezug auf das Nervensystem, sondern auch in Hinsicht auf das Gefäßsystem genau beobachtet werden. Der von einigen Verfassern behauptete Antagonismus zwischen metaluetischen nervösen und vaskulären Erkrankungen besteht nach seiner Ansicht nicht. E. Rossen-Wiesbaden.

Die Röntgen-Diagnose der Aortensyphilis, von Fritz Eisler und Siegmund Kreuzfuchs-Wien. (D. m. W., 1913, Nr. 44.) Charakteristisch für Aortenlues soll neben diffuser Dilatation der Aorta eine partiell deutlicher hervortretende Erweiterung derselben sein. Fischer-Dresden.

Ein Fall von multiplen Gummata des Herzens, von G. Lombardo-Catania. (Pathologica, 1914, Nr. 126.) Bei der Autopsie einer wahrscheinlich durch Leberzirrhose oder durch Urämie zum Tode geführten Frau fand Verfasser mehrere syphilitische Gummen im Myokard und ausgedehnte entzündliche Läsionen der Aorta, der Lungenarterie und der Kranzarterien. K. Rühl-Turin.

Über luetische perniziöse Anämie, von J. Weicksel-Leipzig. (M. m. W., 1913, Nr. 21.) Obwohl der unmittelbare ätiologische Zusammenhang zwischen Lues und der perniziösen Anämie, wie dies Leiden zuerst von Biermer als klinische Einheit aufgestellt wurde, noch durchaus nicht einwandfrei erwiesen ist, und obwohl Verfasser selbst den Begriff der Disposition heranzieht, um eine Erklärung für diesen ernsten Ausgang bei den immerhin sehr vereinzelten Fällen zu finden, glaubt er doch die günstige Wendung bei einem von ihm in der Zeit vom Juni 1912 bis Januar 1913 beobachteten Fall auf die Wirkung einer zweimaligen intravenösen Injektion von 0,5 Salvarsan zurückführen zu dürfen. Es handelte sich um einen 57jährigen verheirateten Mann, der als Soldat einen Schanker gehabt hatte, und der eine positive Wassermannsche Reaktion neben ausgesprochenen Erscheinungen der perniziösen Anämie darbot. Nach der zweiten Injektion trat zunächst eine starke Verschlimmerung des ganzen Zustandes ein, aber nach etwa 3 Wochen erfolgte eine auffallende Besserung mit einem Anstieg der roten Blutkörperchen von etwa $1^1/_2$ Millionen auf 4 Millionen bei entsprechender sonstiger Besserung des Blutbefundes. Philippi-Salzschlirf.

Über luetische perniziöse Anämie, von J. Weicksel-Leipzig. (M. m. W., 1913, Nr. 30.) Zu der in Nr. 21 der M. m. W. publizierten Arbeit über dieses Thema teilt Verfasser ergänzend mit, daß etwa $^1/_4$ Jahr nach dem Abschluß seiner damaligen Be-

Digitized by Google

obachtung das Befinden des betreffenden Patienten sich plötzlich wieder verschlechterte, und derselbe ungefähr 4 Wochen später unter den Erscheinungen einer Stauungspneumonie zugrunde ging. Die dem Protokoll nach mitgeteilte Obduktion ergab die Diagnose: perniziöse Anämie, fettige Degeneration des Herzens, der Leber und der Nieren, Hydrothorax und Hydroperikard, hypostatische Pneumonie, Perihepatitis, septischer Milztumor, Schwielen im Mesenterium, rotes Knochenmark. Philippi-Salzschlirf.

Über die bei Syphilitikern durch Salvarsan hervorgerufene Bluterneuerung, rotes Venenblut. — Vermehrung der roten Blutkörperchen und ihrer Resistenz, von Mathieu-Pierre Marie und Louis Guénot. (Presse méd., 1914, Nr. 2.) Den Verfassern fiel eine abnorm rote Verfärbung des Venenblutes nach Salvarsaninjektionen auf, die oft monatelang, ja bis zu einem Jahre anhielt. Diese Färbung fällt zusammen mit einer Vermehrung der roten Blutkörperchen: 5 920000, 5400000, 6080000, 5400000, 5340000, 6624000, 5776000, ja 7932000 pro Kubikmillimeter. Parallel damit geht eine Hämoglobinvermehrung. Die Verfasser glaubten, daß diese Änderung mit einer Arsenwirkung auf dem hämatopoetischen System zusammenfällt. Denselben Grund scheint auch die sicher nachweisbare Vermehrung der Resistenz der roten Blutkörperchen zu haben. A. Gunsett-Straßburg.

Endocarditis luetica der linksseitigen Aortenklappe mit Bildung von Aneurysma. Ausgebreitete Arteriitis luetica der Lungenarterie. Insuffizienz der Aortenklappen endokarditischen Ursprungs. Gesunde Aorta. Keine sonstigen luetischen Läsionen der Gefäße, des Gehirns oder anderer Organe, von G. Quarta-Rom. (Riv. ospedal., 1914, Nr. 5.) Beschreibung eines interessanten Falles: der Inhalt ist aus dem Titel zu entnehmen. K. Rühl-Turin.

Aortitis syphilitica mit den Erscheinungen der Insuffizienz, von Louis Gallavardin. (Lyon méd., 1913, Nr. 32.) Verfasser berichtet über einen in extremis eingelieferten Kranken, der alle Zeichen der Insuffizienz des linken Ventrikels aufwies: Anfälle von Lungenödem, Mitralgeräusch, Diskordanz zwischen Herzhypertrophie und Blutdruckerhöhung, Abnahme des letzteren, Tachykardie und terminale Asystolie. Bei der Sektion fand sich eine intensive syphilitische Aortitis und einige Herde von sklerosierender Myokarditis. Bei einem anderen Patienten konnte die Diagnose gestellt und progressive Besserung durch die spezifische Therapie erzielt werden. Verfasser glaubt nicht, daß die Läsionen des Myokards zur Erklärung des klinischen Bildes, zumal der enormen Hypertrophie, hinreichen, sondern daß die Aortitis eine wichtige Rolle mitspielt. Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilitische Aortitis, von I. W. Held-New York. (M. Record, 20. Dez. 1913.) Verfasser berichtet sechs eigene Fälle, ihre Behandlung und ihren Verlauf und vergleicht damit ähnliche in der Literatur mitgeteilte Erfahrungen. In jedem Fall ist spezifische Behandlung eingeleitet, auch Salvarsan in vorsichtigen Dosen gegeben worden, aber die Resultate sind meist keine dauernden gewesen. Wenn auch einige Male die vorübergehende Besserung der Beschwerden auffällig war, so haben doch immer wieder Hypnotika gebraucht werden müssen. Von diesen hat sich besonders Adalin bewährt. Die allgemeine Behandlung, Ruhe, Diät, Bäder (Kohlensäurebäder) usw., dürfen auch bei der spezifischen Behandlung nicht außer acht gelassen werden. Vertragen wurde die spezifische Behandlung meist gut, sowohl Quecksilber wie Jod, als auch Salvarsan, wenn es in kleinen Dosen gegeben wurde. W. Lehmann-Stettin.

Über die Häufigkeit der syphilitischen Sklerose der Aorta relativ zur gewöhnlichen Arteriosklerose und zur Syphilis überhaupt, von Fritz Lenz-Freiburg i. Br. (M. Kl., 1913, Nr. 24.) Die vorliegende Arbeit bringt besonders statistisches Material aus dem pathologischen Institut in Freiburg i. Br. Der Verfasser glaubt, daß

Digitized by Google

aus der Zahl der an syphilitischer Aortitis erkrankten Individuen sich für die einzelnen Gegenden ein Maßstab für die Verbreitung der Syphilis im allgemeinen gewinnen läßt, da nach seiner Ansicht in zirka 25% aller Syphilisfälle die Aortitis, die er für die häufigste Form der Syphilis im Spätstadium hält, zur Entwicklung gelangt. Seine Zahlen der Häufigkeit der Aortitis relativ zur Syphilis überhaupt stimmen mit denen in Straßburg, Düsseldorf usw. gewonnenen überein. Bei Paralyse findet sich Aortitis nicht häufiger als sonst bei Syphilis; niemals finden sich Paralyse und Aneurysma kombiniert. Während nach der Meinung des Verfassers die Gummata ebenso wie die schweren ulzerösen Formen der Syphilis abnehmen, nehmen Aortitis, Tabes und Paralyse an Zahl zu. Diese Erscheinung schiebt Lenz auf die Selektion, die die Virulenz der Treponemastämme beeinflußt. Jene Treponemastämme, die zu schweren ulzerösen Hauterkrankungen und Gummen führen, sind durch die seit Jahren geübte Quecksilberbehandlung abgeschwächt oder abgetötet worden, weil sie gegen Hg viel empfindlicher sind als diejenigen Treponemastämme, die zu Tabes und Paralyse führen und durch Hg schwerer beeinflußbar, resp. Hg-fest sind. Ob diese Stämme im Laufe ausgedehnter Salvarsantherapie auch As-fest werden, muß die Zukunft lehren. Lasch-Breslau.

Über die Aortenerweiterung bei der Heller-Doehleschen Aortitis, von Kraus-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 12.) Verfasser unterscheidet zwei Arten von Aortektasie; 1. die diffuse bis zum Typus Halleri oder darüber noch hinausreichende mäßige oder starke Dilatation der Aorta mit Streckung des Bogens (Verlängerung), und 2. die vorwiegend auf die Aorta ascendens und den Arkus beschränkte Ektasie. Erstere tritt als primäre Form (Heller-Doehlesche Form) und als sekundäre auf (vaskuläre Schrumpfniere, Atherosklerose der Vasa afferentia, sehr starke arterielle Hypertension). Letztere finden wir bei der endokarditischen Aortenklappeninsuffizienz und der Atherosklerose der Aorta ascendens. Verfasser hat 26 Fälle von Heller-Doehlescher Aortendilatation beobachtet. Nur in 2 Fällen war bei diffuser Dilatation, niedrigem Aortendruck, mäßig vergrößertem Herzen die Zugehörigkeit zur Syphilis unsicher. Sie ist durch die Mesaortitis syphilitica bedingt. Die WR ist meist stark positiv. Klinisch wichtig ist die später gewöhnlich hinzutretende Aortenklappeninsuffizienz, die Komplikation mit sakkiformem Aneurysma, die Einengung bzw. Verlegung des Lumens der Arteriae coronariae ev. der Aa. intercostales. In der Koronarienschädigung ist der Beginn der Myokarderkrankung (Herzdilatation) gegeben. Erfolge der antisyphilitischen Behandlung sind wahrzunehmen, insbesondere zeigt die Jodtherapie bei syphilitischer Aortenerkrankung viel sichtbareren Effekt als bei gewöhnlicher Atherosklerose.

Junghanns-Dresden.

Über plötzlichen Tod bei Aortenlues, von Tilp. (Prag. m. Wschr., 1914, Nr. 10.) Auf Grund einer eigenen Beobachtung und der in der Literatur bekannten Fälle kommt Verfasser zu folgendem Schluß: Die bei der luetischen Aortitis auftretende, nicht selten zum plötzlichen Tod führende Herzinsuffizienz ist häufig bedingt durch Stenosen der Kranzarterienostien. Diese Verengerungen sind hervorgerufen durch die schwielig verdickte Intima, können aber auch erzeugt werden durch intermittierende spaltförmige Verziehungen der Ostien im Gefolge der luetischen Erkrankung der Aortenwand und zwar gerade im Momente der Speisung der Kranzgefäße. Der aus der Zerstörung elastischer und Muskellamellen resultierenden Inaktivierung des erkrankten Aortenrohres muß gleichfalls eine Rolle bei der Entstehung der Herzinsuffizienz zugeschrieben werden. Die syphilitische Erkrankung der Aorta zeigt Neigung zur Thrombosierung. Thrombotischer Verschluß eines Kranzarterienostiums bei Stenose des anderen kann zu plötzlichem Tod Veranlassung geben. Georg Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Aortenaneurysma und Aortitis syphilitica, von DUMONT. (Policlinique, 1914, Nr. 6.) Der Kranke, der sich mit 19 Jahren syphilitisch infiziert hatte, hatte die deutlichen Symptome einer Aortitis mit Aneurysma und Insuffizienz. Durch spezifische und diätetische Behandlung wurde die Differenz zwischen Minimal- und Maximaldruck fast zur Norm gebracht, die auskultatorischen Phänomene verringerten sich und die Durchleuchtung zeigte nur noch geringe Ausdehnung der Aorta. Die subjektiven Erscheinungen schwanden völlig. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der syphilitischen Aortitis, von PAUL DUBOIS. (Policlinique, 1914, Nr. 4.) Verfasser hat nicht finden können, daß die Arsenpräparate bei syphilitischen Aortenerkrankungen besser wirkten als Quecksilbersalze. Deshalb bleiben diese die Medikamente der Wahl und zwar soll man die löslichen, am bessen intravenös, anwenden. Nur wo Quecksilber versagt, soll man zu Neosalvarsan greifen, doch sind die stark konzentrierten Lösungen nicht am Platze. Die subjektiven Phänomene werden gut beeinflußt. Die Jodbehandlung bleibt ein gutes Unterstützungsmittel.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ungleichheit des Radialispulses bei der chronischen, syphilitischen Aortitis, von A. VINIT. (J. des pratic., 1913, Nr. 38.) Dieses Symptom wird gewöhnlich beim Aneurysma gefunden, ist aber auch bei der Aortitis vorhanden. VINIT konnte 3 Fälle dieser Art beobachten. Die Ungleichheit des Radialispulses war durch eine Differenz des Blutdruckmaximums und Minimums charakterisiert. A. Gunsett-Straßburg.

Syphilis hereditaria und Aortenveränderungen, von HANS NEUGEBAUER-Kassa. (W. kl. W., 1914, Nr. 17.) Verfasser teilt eine Reihe Fälle mit, aus denen er folgende Schlußfolgerungen zieht: 1. Gibt es Fälle, wo auf Grund der hereditären Lues Veränderungen an der Aorta und ihren Klappen vorkommen. 2. Können diese sub 1 geschilderten Veränderungen außer dem positiven WASSERMANN die einzigen Manifestation von Lues sein. 3. Die genannten Veränderungen bedingen nicht a priori eine kurze (extrauterine) Lebensdauer, sondern können sich erst unter dem Einfluß des alltäglichen Lebens und seiner Schädlichkeiten so weit weiterentwickeln, daß sie den Patienten zum Arzt führen und einer klinischen Diagnose zugänglich werden. 4. Die ex lue hereditaria an der Aorta auftretenden Veränderungen bestehen wie bei der nach akquirierter Syphilis vorkommenden in der Aortitis syphilitica, die durch Übergreifen auf die Klappen zur Klappeninsuffizienz oder andererseits zur aneurysmatischen Erweiterung der Aorta führen kann. W. Lehmann-Stettin.

Phlebitis syphilitica cerebrospinalis, von M. VERSÉ-Leipzig. (Verh. D. path. Ges., 1913, XVI. Tagung.) Ein 19jähriger, syphilitisch infizierter Student war trotz sachgemäßer antisyphilitischer Kuren unter nicht zu diagnostizierenden Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems gestorben. Bei der Sektion fand sich eine ausgedehnte Phlebitis und Periphlebitis an Gehirn und Rückenmark. Bei der histologischen Untersuchung wiesen die Venen sämtliche Veränderungen auf, wie sie auch der akuten Arteriitis syphilitica eigen sind, von der einfachen Rundzelleninfiltration angefangen bis zur gummösen Verkäsung. Die Venen waren zum Teil noch durchgängig geblieben, andere dagegen waren partiell oder auch vollkommen thrombosiert. Auch aneurysmaartige Aussackungen kamen vor. Dabei waren die Arterien ganz intakt.

Georg Heymann-Elbing.

Klinisch-biologische Methode zur frühzeitigen Diagnose hereditärer Syphilis durch Vorhandensein von Lymphdrüsen am Condylus internus. (Riv. di Opere, 1914, Nr. 2.) Bei hereditärer Syphilis kommt es häufig vor, daß in den ersten Lebenstagen jedes Symptom fehlt und nur die WR das einzige klinische Kriterium bildet; und dieses ist schwankend. In letzter Zeit wurde nun die Aufmerksamkeit auf das häufige

Digitized by Google

und leicht zu erkennende Vorkommen von Lymphdrüsen am Condylus internus bei Neugeborenen; infolgedessen untersuchte Mensi die Kinder im Turiner Findelhaus auf dieses Symptom und fand unter 849 Neugeborenen bei 78 diese leicht palpablen Drüsen (also bei 9%). Die gleichzeitig gemachte WR ging bei öfterer Untersuchung häufig vom negativen zum positiven Resultat über, aus welchem Grunde M. die mehrmalige Untersuchung auf WR dringend empfiehlt. E. Rossen-Wiesbaden.

Zur Therapie und Klinik der Lues congenita, von Erich Müller-Berlin. (Ther. Mh., 1913, Heft 10.) Die Behandlung muß Jahre hindurch fortgesetzt werden, und zwar möglichst intensiv. Die Wassermannsche Reaktion bleibt lange positiv. Es gelingt nach 6—8 Kuren im Verlauf von 3—4 Jahren eine negative Reaktion zu erhalten. Die reine Salvarsanbehandlung hat keine eindeutigen Vorteile, aber auch keine Nachteile. Die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung ist am meisten zu empfehlen. Die Intelligenzdefekte der angeborenen Syphilis sind im Verhältnis zu den bei der erworbenen wesentlich schwerer und ernster. Chrzelitzer-Posen.

Fortschritte auf dem Gebiete der Pathologie und Therapie der kongenitalen Syphilis, von Rietschel-Dreden. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 6.) Wenn auch an dem Vorkommen einer Infektion der Mutter durch ihr eignes syphilitisches Kind nicht zu zweifeln ist, so ist andererseits meist die Mutter luetisch infiziert, wenn sie ein krankes Kind geboren hat. Spirochätenbefunde in der Placenta materna sowohl wie positiver Wassermann in einem Prozentsatz von 90—95 zwangen zu dieser Anschauung. Wenn die Syphilis bei diesen Frauen vielfach latent bleibt, so soll nach dem Verfasser die Ursache darin liegen, daß der Infekt in der Uterushöhle andere Bedingungen nach sich zieht als der gewöhnliche kutane. Vielleicht sind die Beckenlymphdrüsen besser imstande vermöge ihrer besonderen Ausbildung das Virus abzuhalten; es werden daher bessere Antikörper gebildet und die Syphilis nimmt auf diese Weise eine latente Form an. Bei den kongenital erkrankten Kindern wendet Verfasser Salvarsan in Form einer Infusion durch die Kopfvenen an; das Hauptgewicht legt er auf fortlaufend wiederholte Kuren, ohne dem Salvarsan einen Vorzug beizumessen. Der Erfolg ist noch immer ein sehr trister: Nach Erich Müller ist nur ein Drittel geistig normal geblieben, das zweite Drittel wurde mehr oder weniger schwer idiotisch, der Rest schwach begabt. Peyser-Harburg.

Über die Vererbung der Syphilis, von Terebinsky. (Russki Wratsch, 1913, Nr. 49.) Die auf Grund des heutigen Standes der Wissenschaft gültigen Anschauungen über die Vererbung der Syphilis zwingen uns vor allem den Hauptwert auf die Behandlung der Mutter zu legen. Jedoch ist auch die Behandlung des Vaters nicht zu versäumen, wenn man die Möglichkeit der Übertragung einer dystrophischen und degenerativen syphilitischen Vererbung durch den Vater im Auge behält. Arthur Jordan-Moskau.

Die Rolle der Syphilis bei den fötalen Mißbildungen, von Babonneix. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 141.) In derselben Familie, in der Syphilis sowohl vom Vater als von der Mutter aus vorhanden war, fand sich in der ersten Generation ein Fall von Zyanose, in der zweiten unter vier Kindern eine unbestimmte Mißbildung des Magens und eine Mißbildung des Herzens. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von kongenitaler Syphilis 20 Jahre nach der Infektion der Mutter, von Harald Boas-Kjöbenhavn. (Hospitalstidende, 1914, Nr. 5.) Ein sicherer Fall von später Übertragung der Syphilis von der Mutter auf das Kind: eine Mutter, die vor 20 Jahren in einer Spezialabteilung eines Krankenhauses wegen eines ersten Ausbruches der Syphilis behandelt worden war, gebar ein Kind, dessen Syphilis sicher sowohl serologisch wie pathologisch-anatomisch (makro- und mikroskopisch) konstatiert

Digitized by Google

wurde. Eine Reinfektion darf ausgeschlossen werden, da der Vater immer gesund geblieben war. Das Kind war das zwölfte in einer Reihe von syphilitischen Kindern und Fehlgeburten, zwischen welchen (was besonders hervorgehoben wird) auch einzelne ganz gesunde (sowohl klinisch wie serologisch) waren. Wilhelm Holland-Christiania.

Kretinismus. Ein Vergleich mit Syphilis hereditaria, von C. Schiötz-Kristiania. (Tidsskrift f. d. norske laegeforening, 1914, Nr. 3 und 4.) Verfasser zieht eine Parallele zwischen Kretinismus und einigen Symptomen bei Syphilis hereditaria, daneben auch mit anderen Krankheiten wie Ozäna, Mongolismus, Skrofulose und mehreren anderen. Wilhelm Holland-Christiania.

Die Häufigkeit der hereditären Syphilis bei kongenitalen Geistesdefekten, von J. L. Gordon-Caterham. (Lanc., 20. Sept. 1913.) Unter 400 mit der Wassermannschen Reaktion geprüften Patienten der Irrenanstalt zu Caterham gaben 66 (16,5%) eine positive Reaktion. Dabei hat Verfasser die Erfahrung von anderen, daß mit dem zunehmenden Alter der kongenital Geistesgestörten die Reaktionsfähigkeit auf die Probe abnimmt, auch seinerseits bestätigt gefunden. Von 49 Kindern im Alter bis zu 5 Jahren gaben 13 (26,6%) ein positives Resultat. Die weiteren Ausführungen der Arbeit interessieren mehr den Psychiater als den Syphilidologen. Philippi-Salzschlirf.

Infantile Enzephalopathien und Erbsyphilis, von Babonneix-Paris. (Bull. méd., 1913, Nr. 62.) Viele zerebrale Erkrankungen der Kinder, namentlich solche, die sich als Diplegie oder als Littlesche Krankheit manifestieren, sind syphilitischen Ursprungs. Selbst bei negativem Wassermann kann man gute Erfolge mit einer spezifischen Behandlung haben. Richard Frühwald-Leipzig.

Hydrozephalus und Syphilis, von S. Destefano-Neapel. (Gazz. intern. di Med. e Chir., 1913, Nr. 51.) In vier vom Verfasser untersuchten Fällen von Hydrozephalus war die Wassermannsche Reaktion sowohl bei dem Kinde wie bei dessen Mutter negativ. K. Rühl-Turin.

Langes Kolloidal-Goldchlorid-Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit bei kongenitaler Syphilis, von C. G. Grulee und A. M. Moody-Chikago. (J. Am. m. Assoc., 5. Juli 1913.) Lange versetzte, auf der Grundlage von Vorversuchen von Zsigmondy, den Liquor cerebrospinalis von Patienten mit progressiver Paralyse mit einer Lösung von kolloidalem Goldchlorid und bemerkte hierbei eine gewisse Farbenveränderung der Flüssigkeit; ähnlich verhielt sich auch der Liquor von Tabikern und von allen Patienten mit zerebrospinaler Syphilis; bei Nichtsyphilitikern fehlte die Reaktion. Langes Goldchloridreaktion ist feiner als Nonnes Phase I, die nur einen pathologisch veränderten Liquor anzeigt, während erstere mit einem hohen Grad von Sicherheit schließen läßt, ob Syphilis vorliegt oder nicht. Auf die Technik der Untersuchung, die nicht ganz einfach ist, kann hier nicht eingegangen werden. Die Farbenveränderung der Flüssigkeit besteht in einer Schwarzfärbung, die dann in Dunkelblau bis Purpur und schließlich in Rot übergeht: die Lösung bleibt dabei völlig klar. Da nur geringe Mengen von Liquor erforderlich sind, soll sich diese Untersuchung besonders für auf kongenitale Syphilis verdächtige Kinder eignen. Endgültige Schlüsse sind wegen des noch nicht großen Materials noch nicht erlaubt. Fendt-Wiesbaden.

Ein klinischer Vortrag über einige Spätsymptome der hereditären Syphilis, von J. H. Sequeira-London. (Lanc., 1914, Nr. 4714.) Verfasser berichtet unter Beigabe von sehr überzeugenden Abbildungen über 5 Fälle von enormen ulzerativen Zerstörungen am Gesicht bei Kindern im Alter von 8—15 Jahren als Folge meistens von traumatischen Einwirkungen bei hereditärer Syphilis. Verfasser betont, daß meistens derartige Fälle ihnen mit der Diagnose Lupus vulgaris zugeschickt zu werden pflegen. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Ein Fall von voluminösen syphilitischen Gummen beim Neugeborenen. Verteilung der Spirochäten, von C. Sauvage und L. Géry. (Ann. Inst. Pasteur, Juni 1913.) Bei einem 5 Tage alten Kinde fanden sich bei der Autopsie nußgroße Gummata in der Lunge und der Leber, außerdem weiße Pneumonie der Lunge und Pemphigus der Haut. Die Spirochäten fanden sich in großer Zahl in den gummösen Läsionen. Hingegen nicht in den anderen Organen, auch nicht in der Haut und den pneumonischen Herden.

A. Gunsett-Straßburg.

Alopezie bei einem syphilitischen Neugeborenen, von Charles Rey. (Lyon méd., 1914, Nr. 11.) Das 14 Tage alte Kind stammt von einer syphilitischen Mutter, ist zu früh geboren und hat Pemphigus syphiliticus. Auf dem rechten Scheitelhöcker besteht ein fünfzigcentimesstückgroßer, haarloser Herd.

Richard Frühwald-Leipzig.

Hereditärsyphilitische diaphysäre Fraktur, von L. M. Bonnet und Jean Lacassagne. (Lyon méd., 1914, Nr. 10.) Ein dreijähriges erbsyphilitisches Kind zeigte in der Mitte beider Unterarme eine indolente derbe Anschwellung. Das Röntgenbild zeigte eine alte Fraktur beider Unterarmknochen, die in der ersten Lebenszeit stattgefunden haben muß. Damals hätte das Kind die Zeichen der Parrotschen Lähmung mit abnormalem Sitze gezeigt. Richard Frühwald-Leipzig.

Rachitis, multiple Exostosen, Spontanfrakturen mit verzögerter Heilung bei Erbsyphilis, von E. Kirmisson. (Bull. méd., 1913, Nr. 78.) Das ein Jahr alte Kind hat deutliche Zeichen von Rachitis und multiple Exostosen: vor einem halben Jahre erlitt es eine Spontanfraktur des linken Oberschenkels, die bislang noch nicht geheilt ist. Später brach auch der linke Arm. Der Vater ist Paralytiker, die Geschwister sind größtenteils bald nach der Geburt gestorben. Verfasser hält die Rachitis und die Exostosen in diesem Falle für syphilitisch, obwohl der Wassermann negativ ist. Durch eine spezifische Behandlung wurde bereits erhebliche Besserung erzielt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Späte hereditäre Knochensyphilis, von Paul-Vital Badin. (Presse méd., 1914, Nr. 25.) Bei dem 6jährigen Mädchen war im 13. Lebensmonate eine Schwellung des rechten Knies und eine Abweichung des Beines nach außen eingetreten; diese hinderte später das Gehen nicht, nahm aber konstant zu. Es fand sich eine Auftreibung des Kondylus internus sowie eine bedeutende Verkürzung des ganzen Beines; bei näherer Untersuchung fanden sich aber sowohl klinisch wie radiographisch multiple Knochenläsionen (Auftreibungen usw.). Das Kind wies Stigmen einer Erbsyphilis, wie Asymetrie, Zahnanomalien usw. auf; die Wassermannsche Reaktion war positiv. Verfasser diagnostizierte nun eine syphilitische Affektion der Knochen und leitete eine spezifische Kur ein; durch diese wurde ein Stillstand in der Deviation des Unterschenkels bewirkt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilis und kongenitale Taubheit oder kongenitale Syphilis und Taubheit, von J. Kerr Love. (Glasgow m. J., Okt. 1913.) Es gibt dreierlei Kombination von Syphilis und Taubheit: 1. Postnatale Taubheit infolge kongenitaler Syphilis. Diese tritt gewöhnlich während der Schulzeit auf und ist begleitet oder eingeleitet von interstitieller Keratitis. Wassermann positiv; in der Familie Fehlgeburten. 2. Kongenitale Taubheit infolge kongenitaler Syphilis. Diese ist meist der Rest einer erloschenen Allgemeininfektion; Wassermann daher oft negativ. Die Familienanzeichen deutlich. 3. Hereditäre Taubhaut kompliziert mit kongenitaler Syphilis.

Richard Frühwald-Leipzig.

Vitiligo erbsyphilitischen Ursprungs, von Crouzon und Foix. (Bull. méd., 1914, Nr. 37.) Verfasser berichten über ein 19jähriges Mädchen, das seit dem 10. Le-

Digitized by Google

bensjahr eine starke Vitiligo hat und erbsyphilitische Zahnveränderungen aufweist. Die Mutter hat Tabes und positiven Wassermann. Die Verfasser beziehen die Vitiligo auf die Erbsyphilis und wollen eine spezifische Kur einleiten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Vitiligo syphilitischen Ursprungs, von Merklen. (Semaine méd., 1914, S. 249.) Eine kachektische, tuberkulöse Frau zeigte eine generalisierte Vitiligo. Wassermann im Blute und Liquor negativ. Deutliches Argyll-Robertsonsches Phänomen. Daraus schließt Verfasser auf die syphilitische Natur der Vitiligo.

Richard Frühwald-Leipzig.

Pigmentflecken syphilitischen Ursprungs, von Milian. (Soc. méd. des hôp., 10. Oktober 1913.) M. demonstriert eine junge Frau, bei welcher zugleich mit Plaques von Mundleukoplakie Pigmentflecken auf den Lippen aufgetreten waren. Diese Flecken sind also syphilitischen und nicht ethnischen Ursprungs. A. Gunsett-Straßburg.

Salvarsanbehandlung hereditärer Syphilis, von Holt und Brown. (Am. J. Dis. Children., Sept. 1913.) Bei vielen Patienten ist vom Salvarsan prompter Nutzen zu konstatieren, selbst wenn Quecksilber vorher keinerlei Wirkung gehabt. Doch ist auch beim Salvarsan eine Heilung von einer einmaligen Dosis nicht zu erwarten. Es erscheint notwendig, die Einspritzungen in Zwischenräumen über ein Jahr lang fortzusetzen. Die Resultate sind um so besser, je eher die Behandlung einsetzt; am besten bei Kombination mit Quecksilber. Wann ein Kind wirklich heil ist, läßt sich auch heute trotz der Wassermannschen Reaktion nie mit Sicherheit sagen.

W. Lehmann-Stettin.

Resultate der Salvarsanbehandlung bei kongenitaler Spätsyphilis, von Strathy und Campbell. (Am. J. Dis. Children, Sept. 1913.) Gute Besserung der klinischen Symptome, während der Wassermann bei 9 Patienten über 4 Jahre nur bei 2 negativ wurde und auch das erst nach 8 bzw. 9 Volldosen. Die Verfasser haben keine ungünstigen Nebenwirkungen bei intravenöser Zuführung gesehen.

W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung der kongenitalen Syphilis mit Salvarsan, von J. W. Simpson und L. Thatcher-Edinburgh. (Brit. m. J., 30. Aug. 1913.) Nach den Erfahrungen, welche Verfasser bei 40 kongenital syphilitischen Kindern im Alter von weniger als 3 Monaten (15 Fälle) bis zu 11 Jahren gesammelt haben, bildet die intravenöse Einführung von Salvarsan in Dosen von 0,01 pro Kilo Körpergewicht einen ganz erheblichen Fortschritt gegenüber der früheren Behandlung. Allerdings empfehlen auch sie eine Kombination mit Hg; aber verschiedene ihrer ambulant behandelten Fälle entzogen sich auf längere Zeit nach der Injektion der weiteren Behandlung, und bei der erst später ermöglichten Kontrolle zeigte es sich, daß durch das Salvarsan allein ein Schwinden aller Symptome erzielt worden war. Gestorben sind 7 Fälle, von denen 6 noch nicht den 6. Lebensmonat erreicht hatten; die Schwere der Krankheit war nachweislich meistenteils jedenfalls die Todesursache. Die Technik ist allerdings bei Kindern etwas umständlicher als bei Erwachsenen. Bei Kindern bis zu 3 und 4 Jahren injizierten Verfasser in die V. jugularis externa, bei älteren Kindern in die Armvenen. In allen Fällen wurde die Vene freipräpariert und eröffnet, worauf man dann die Kanüle wie für eine Transfusion einführte. Bei sehr elenden Säuglingen dürfte die zu verabreichende Dosis auf 0,005 Salvarsan pro Kilo zu reduzieren sein. Philippi-Salzschlirf.

Intravenöse Neosalvarsaninjektionen bei erbsyphilitischen Säuglingen, von Blechmann. (Bull. méd., 1914, Nr. 7.) Verfasser injiziert Neosalvarsan in die Jugular- oder Kophvene. Die Dosis steigt von weniger als 0,01—0,015 pro Kilo. Die Injektionen werden wöchentlich oder 14tägig gegeben; 5—7 bilden eine Serie, auf die eine 6 bis

Digitized by Google

8 wöchentliche Pause folgt. Der Effekt sowohl auf die spezifischen Erscheinungen wie auf den Allgemeinzustand ist ausgezeichnet. Richard Frühwald-Leipzig.

Progressive syphilitische Amyotrophie mit rapidem Verlaufe, von AUGUST GONNET. (Lyon méd., 1913, Nr. 48.) 51jähriger Mann mit wahrscheinlich 15 Jahre alter Syphilis; der Muskelschwund begann vor einem Jahre und ist in den letzten Monaten derart fortgeschritten, daß kaum ein Muskel intakt geblieben ist. Trotz Neosalvarsanbehandlung griff die Krankheit weiter; nach 2 Kalomelspritzen subjektive Besserung. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von syphilitischer, spinaler Amyotrophie des Schultergürtels, von ALEXANDER KUMMANT-Lodz. (D. Zschr. f. Nervhlk., Bd. 51, H. 1—2.) Die Fälle von Muskelathrophien auf Basis luetischer Rückenmarkserkrankungen — unter dem Namen „syphilitische spinale Amyotrophie" in der Literatur von REYMOND, NONNE u. a. beschrieben, — sind sehr selten, und rechtfertigen jeden neuen kasuistischen Beitrag. Für die ausführliche Krankengeschichte sei auf das Original verwiesen. Die Diagnose wurde gestellt auf Grund folgender Tatsachen: 1. vor 20 Jahren Infektion mit Lues; 2. seit 2 Jahren eine fortschreitende Atrophie, hauptsächlich der Schultergürtelmuskulatur, die teils mit zerebralen (Kopfschmerzen, Schwindelgefühl), teils mit spinalen Symptomen (Mastdarm- und Blasenstörungen, erhöhte Reflexerregbarkeit, sensible Reizerscheinungen) einhergeht; 3. positiver Ausfall der WR im Blute und im Liquor; 4. positiver Ausfall der NONNE-APELTschen Reaktion; 5. leichte Temperaturerhöhungen. Per exclusionem stellt der Verfasser die Diagnose auf syphilitisch spinale Amyotrophie; analoge Krankheitsbilder sind von NONNE beschrieben; auch liegen Sektionsbefunde vor, aus denen hervorgeht, daß es sich nicht nur um eine Poliomyelitis anterior handelt, sondern um eine diffuse Meningomyelitis. Im vorliegenden Falle deutet die Steigerung der Reflexe auf eine wenn auch geringe Beteiligung der Vorderseitenstränge resp. der Pyramidenseitenstrangbahnen hin, was sich auch mit den leichten Blasen- und Mastdarmstörungen deckt. Da man eine reine Rückenmarkslues selten findet, so dürfen wohl die Gedächtnisschwäche, die Kopfschmerzen und das Schwindelgefühl auf eine zerebrale Mitbeteiligung an dem Prozesse zurückgeführt werden. Die antisyphilitische Therapie hatte keinerlei Erfolg mit Ausnahme einer Linderung der Kopfschmerzen. Lasch-Breslau.

Syphilitische Hemiplegie, von DE MASSARY und CHATELIN. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 22.) Ein 25jähriger Mann wurde im Koma mit einer syphilitischen Meningitis eingeliefert; es bestand völlige labio-glosso-laryngeale Lähmung. Diese sowie die Lymphozytose im Liquor wurde durch spezifische Behandlung gebessert.
Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilitische Hemiplegie, von BARONNEIX. (Bull. méd., 1914, Nr. 30.) Ein Kind mit linksseitiger Hemiplegie und Paraphasie; WASSERMANN positiv. Die Eltern sind syphilitisch. Wahrscheinlich handelt es sich um eine syphilitische Enzephalitis.
Richard Frühwald-Leipzig.

Radialislähmung vom Typus der Bleilähmung bei einem Syphilitiker, von DE MASSARY, BARDON und CHATELIN. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 22.) Wahrscheinlich liegt eine syphilitische Poliomyelitis vor. Richard Frühwald-Leipzig.

Hemiplegie bei Syphilis, von M. MACKINNON-London. (Lanc., 1913, Nr. 4701.) Daß zerebrale Störungen bei der Syphilis durchaus nicht im Spätstadium allein vorkommen, ist in der neueren Zeit wiederholt nachgewiesen. Verfasser berichtet über vier einschlägige Fälle. 1. Ein 39jähriger, chinesischer Seemann wurde mit einem in der Heilung begriffenen Primärsyphilid am Penis und einer diffusen Roseola aufgenommen. Nach etwa dreimonatiger Behandlung wurde er in guter Verfassung entlassen, kam aber nach sechs Wochen mit einer ausgesprochenen Parese der rechten Extremi-

Digitized by Google

täten und des linken Augenlids wieder ins Krankenhaus. Nach vier Monaten mit nur geringen Residuen entlassen, kam er schon nach 14 Tagen wieder zur Aufnahme mit einer ausgesprochenen Paralyse der rechten Seite und motorischer Aphasie. Unter Salvarsan und sonstiger antiluetischer Behandlung erfolgte in sieben Monaten eine fast vollständige Wiederherstellung. Bei den drei anderen Fällen handelte es sich auch um frühzeitige Lähmungen bei Männern im Alter von 30—40 Jahren. Bei zwei von diesen waren Lähmungserscheinungen schon innerhalb des ersten Jahres nach der Infektion hervorgetreten; bei dem dritten war der Zeitpunkt der Infektion nicht bestimmt festzustellen, scheint aber einige Jahre weiter zurückzuliegen. Philippi-Salzschlirf.

Hemiplegie bei Syphilis, von M. Mackinnon-London. (Lanc., 18. Okt. 1913.) Verfasser bespricht noch weiter die von ihm früher (Lanc., Nr. 4701) publizierten Fälle unter Berücksichtigung einiger Arbeiten von anderen Verfassern und betont die Notwendigkeit einer prompten Diagnose und entsprechenden Therapie, da die Prognose bei angemessener ärztlicher Hilfe durchaus nicht ungünstig ist. Philippi-Salzschlirf.

Migräneanfälle syphilitischer Natur, von Roubaudi. (Rev. Suisse rom., 20. März 1914.) Ein Patient, seit fünf Jahren syphilitisch und durch drei Jahre regelmäßig behandelt, litt seit fünf Tagen an heftiger Migräne, die etwa 10 Uhr vormittags einsetzte, durch 2 Stunden anhielt und jedwede Arbeit unmöglich machte. Die Anfälle wurden durch keine Prodrome eingeleitet, saßen auf der linken Schädelhälfte, waren von Tränenträufeln, nicht aber von Sehstörungen, Übelkeit und Erbrechen begleitet, und verschwanden restlos. Antipyrin war ohne Erfolg; dagegen hörten die Attacken nach vier Quecksilberspritzen völlig auf. Der andere Kranke leugnete eine syphilitische Infektion; seit drei Tagen stellten sich bei ihm um 1 Uhr nachm. rechtsseitige Migräneanfälle ein, die den oben beschriebenen analog waren. Wassermann positiv; Heilung nach sechs Quecksilberspritzen. Verfasser weist darauf hin, daß plötzlich auftretende Migräne von täglichem Typus bei früher gesunden Menschen den Verdacht auf Syphilis erwecken muß; die Schmerzen müssen nicht am Abend oder in der Nacht auftreten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Chorea und „Syphilis fruste", von Milian. (Bull. méd., 1914, Nr. 18.) Ein Kind, das mit Chorea vorgestellt worden war, bei dem aber Syphilis nicht zu eruieren war, obwohl es geringfügige hereditäre Stigmen hatte; Wassermann war bei ihm und den Eltern negativ. Nunmehr haben aber Kind und Mutter deutlich positive Reaktion. Die Geschwister zeigen Degenerationszeichen; eins hat eine Mitralinsuffizienz, die ja bei Chorea häufig vorkommt. Richard Frühwald-Leipzig.

Die klinischen Formen der Nervensyphilis, die Wichtigkeit und Notwendigkeit, sie auseinander zu scheiden, von F. H. Dercum-Philadelphia (New York m. J., 18. Okt. 1913.) D. möchte auf Grund zahlreicher Erfahrungen darauf bestehen, daß auch ferner — trotz der einheitlichen Ätiologie — streng zwischen dem klinischen Bilde der interstitiellen Syphilis, das ist der Gefäße und Zwischensubstanzen, und dem der parenchymatösen, das ist der Tabes und progressiven Paralyse, unterschieden werde. Syphilis des Gehirns und Rückenmarks, das ist gummatöse Infiltration von Gefäßen und Bindegewebe, bietet eine spezielle Symptomengruppe mit speziellen prognostischen Möglichkeiten; bei Gehirnsyphilis sind Kopfschmerzen, Somnolenz, auch Neuritis optica oder Lähmung der Kopfnerven mit oder ohne gekreuzte oder einseitige Hemiplegie, die Haupterscheinungen, während psychische Symptome beinahe vollständig fehlen. Bei Rückenmarkssyphilis ist das Bild jenes der Paraplegie, bei welcher spastische Erscheinungen und in geringerem Grade Ataxie vorherrschen und leichte sensorische Störungen (Hypästhesie) zuweilen bestehen; sowohl letztere wie die motorischen Störungen sind ungleich auf beide Extremitäten verteilt, indem das eine Bein immer

Digitized by Google

stärker affiziert ist, wie das andere. Die lanzinierenden Schmerzen, die Reflexverluste, die Inkoordination und die Pupillenstarre der Tabes stehen als eine ganz andere, wohl ausgebildete Symptomengruppe den eben beschriebenen gegenüber. Einen Übergang von Rückenmarkssyphilis in Tabes oder gar eine Mischform beider, kann D. absolut nicht zulassen. Wenn Besserung auf die spezifischen Mittel folgt, so hat es sich in dem betreffenden Falle zweifellos um Gehirn- oder Rückenmarkssyphilis und nicht um Tabes oder Paralyse gehandelt: Hg, Jodpräparate und Salvarsan sind bei letzteren machtlos, da hierbei irreparable organische Veränderungen bestehen. Auch die Möglichkeit eines Übergangs von Tabes in Paralyse, die von hervorragenden Forschern, wie z. B. Oppenheim, angenommen wurde, kann D. nicht zugeben und muß wiederholt auf deren verschieden klinisches Bild hinweisen. Warum in dem einem Falle Tabes, in dem anderen Paralyse auftritt, ist vorläufig nicht zu erklären; vielleicht ist die Ursache in Verschiedenheiten der infizierenden Mikroorganismen oder der infizierten Individuen zu suchen.

Stern-München.

Syphilis und Nervensystem, von Joseph Collins-New York. (J. Am. m. Assoc., 13. Sept. 1913.) Verfasser bespricht in einer ausführlichen Arbeit die neuen Errungenschaften auf dem Gebiete der Syphilisforschung und deren Verwertung in der ärztlichen Praxis. Die Ausführungen enthalten nichts Neues. Von Interesse ist vielleicht, daß Verfasser die Anwendung von Hg per os, die in Amerika anscheinend noch recht gebräuchlich ist, als völlig ungenügend verwirft. Für die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems empfiehlt er kombinierte Behandlung: Hg plus Salvarsan, das nach seiner Meinung dem Neosalvarsan in seiner Wirkung bedeutend überlegen ist.

Fendt-Wiesbaden.

Die intensive Behandlung der syphilitischen Nervenerkrankungen und deren Kontrolle durch Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit; vorläufiger Bericht, von Walter V. Brem-Los Angeles. (J. Am. m. Assoc., 6. Sept. 1914.) Bei syphilitischen Patienten mit positivem Befund in der Zerebrospinalflüssigkeit ist die Infektion in dem Zentralnervensystem oder in den Meningen lokalisiert; sie sind Anwärter für spätere syphilitische Nervenerkrankungen. Bei jedem Syphilitiker sollte die Zerebrospinalflüssigkeit untersucht werden und bei positivem Befund sollte die Behandlung bis zu dessen günstiger Beeinflussung fortgesetzt werden. Doch ist dies viel schwieriger zu erreichen als bei der Blut-Wassermann-Reaktion, deren negativer Ausfall daher auch kein Kriterium für eingetretene Heilung ist. Bei der Behandlung von 14 Fällen von Syphilis des Zentralnervensystems wurden 38 Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit ausgeführt und 68 intravenöse Salvarsaninjektionen, neben einer starken Quecksilberbehandlung, ausgeführt. Zwei positive Flüssigkeiten wurden normal, bei einer anderen verschwand die Wassermann-Reaktion völlig, während die Globulinreaktion schwach positiv wurde. Die durchschnittliche Abschwächung der Wassermann-Reaktion betrug etwa 50%. Mit der Abschwächung der Reaktionen ging die symptomatische Besserung parallel einher. Die intensive Therapie der Nervenerkrankungen kann nicht als aussichtslos betrachtet werden und eröffnet gute Aussichten für die Zukunft. Die Methode ist wahrscheinlich einer weiteren Entwicklung fähig, so daß ihre Wirksamkeit bedeutend gesteigert werden kann.

Fendt-Wiesbaden.

Zur Therapie der syphilitischen Nervenkrankheiten, von H. Oppenheim. (B. kl. W., 1914, Nr. 15.) Verfasser verwertet sein Material aus den letzten beiden Jahren. Es sind etwa 130—135 Fälle. Auch nach seinen Erfahrungen bildet das Salvarsan eine sehr wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes auf neurologischem Gebiet, jedoch als Nervenarzt hat er von den ersehnten Wundern nicht viel gesehen.

Georg Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Über die Behandlung der Syphilis des Nervensystems mit Salvarsan, von Iwatschentzow. (Russki Wratsch, 1913, Nr. 51 u. 52.) Die vom Verfasser bei 163 Fällen von Syphilis des Nervensystems mit Salvarsan angestellten Versuche ergaben, daß die Anwendung desselben, wie auch des Neosalvarsans, bei vorsichtiger und technisch richtiger Ausführung nützlich und ungefährlich ist. Welchem dieser beiden Präparate der Vorzug zu geben ist, erscheint Verfasser eine müßige Frage, da der Unterschied in der Heilwirkung ganz unbedeutend ist. Was die Dosierung anbelangt, so hängt dieselbe von jedem einzelnen Fall ab, jedoch soll man mit kleinen Dosen beginnen (0,3 Salvarsan, 0,5 Neosalvarsan und nicht über 0,5 Salvarsan, resp. 0,75 Neosalvarsan beim erwachsenen Mann hinausgehen). Arth. Jordan-Moskau.

Zur Frage der Lues nervosa, von Friedrich Mörchen-Ahrweiler. (M. Kl., 1913, Nr. 43.) Dem Verfasser ist es — was aus naheliegenden Gründen sehr schwer ist — gelungen, zwei Fälle von Paralyse zu beobachten, aus deren Anamnese hervorgeht, daß sie luetisch infiziert waren, und daß Freunde, resp. Kameraden, welche sich ihre luetische Infektion bei demselben Mädchen geholt hatten, ebenfalls an Tabes oder Paralyse erkrankt resp. gestorben waren. Besonders der zweite Fall, in dem 10 Offiziere aus einer kleinen Garnison sich an derselben Quelle infiziert hatten und sämtlich als kräftige Männer in jungen Jahren (zwischen 35—45 Jahren) an Paralyse zugrunde gegangen waren, legt den Gedanken nahe, daß das nicht nur ein bloßer Zufall ist. Mörchen meint, daß derartige Beobachtungen — so selten dieselben einwandfrei zu erhalten sind — beweisen, daß es eine Syphilis nervosa gibt, und daß bestimmte Stämme der Spirochäten eine besondere, teilweise fast ausschließliche Affinität zum Nervensystem haben und hier die langsamen schleichenden Prozesse bedingen, die wir als Metalues und Ähnliches bisher bezeichnet haben. Lasch-Breslau.

Die intraduralen Neosalvarsaninjektionen in der Behandlung der Nervensyphilis, von Ravaut. (Soc. méd. des hôp., 5. Dez. 1913.) Ravaut injiziert 1 bis 4 Tropfen einer Lösung von 0,6/10 ccm destilliertes Wasser. Dies entspricht einer Dosis von 0,003—0,012 Neosalvarsan. Die Injektionen werden in Serien von 6 alle 8 Tage vorgenommen und machen keine sofortige Reaktion. Diese Behandlung wurde bei neun Kranken unternommen, die zu gleicher Zeit noch mit intravenösen Neosalvarsaninjektionen behandelt wurden. In zwei Fällen von Meningitis syphilitica der Sekundärperiode, zwei Fällen von Tabes und einem Fall von rezenter Paralyse waren die Resultate sehr gut, ziemlich gut in einem Falle von noch in Behandlung befindlicher Meningitis chronica, unsicher in einem Falle von transversaler Myelitis und zwei noch in Behandlung befindlichen Fällen von progressiver Paralyse. Bei all diesen Patienten ging die klinische Besserung mit einer Verminderung der Reaktion der Lumbalflüssigkeit Hand in Hand. Üble Folgen wurden nur bei einem Patienten bemerkt, der infolge Verletzung der Wurzel eine vorübergehende Lähmung des N. ischiadicus erhielt. Allerdings hatten einige Patienten am Schlusse der Behandlung etwas Schwierigkeit, Urin zu lassen, ohne daß aber zu einer Katheterisierung geschritten zu werden brauchte.

A. Gunsett-Straßburg.

Syphilis und Neurasthenie, von Krebs-Falkenstein i. T. (D. m. W., 1913, Nr. 28.) Es gibt eine syphilitische Neurasthenie sowohl im akuten wie im chronischen bzw. Spätstadium der syphilitischen Erkrankung. Bei allen Neurasthenikern mit positiver Anamnese oder mit berechtigtem Verdacht ist die WR des Blutes und des Lumbalpunktats vorzunehmen. Bei positivem Ausfall ist eine antisyphilitische kombinierte Kur (Hg, Salvarsan, Jod) einzuleiten und mit ihr eine die Nerven und den Gesamtorganismus beruhigende und stärkende Kur zu verbinden bzw. ihr anzuschließen.

Junghanns-Dresden.

Digitized by Google

Betrachtungen über die neuste Gestaltung des Begriffes und Wesens der Metalues, von W. Erb-Heidelberg. (Zschr. f. Nervhlk., 1913, Bd. 50. H. 1—4.) In dem vorliegenden Autoreferat seines Vortrages auf der siebenten Jahresversammlung deutscher Nervenärzte in Breslau betont Erb kurz zusammenfassend, wie die wichtigsten Probleme in der Metaluesfrage zurzeit stehen, resp. deutet er den Weg für weitere Forschungen an. Die von ihm und anderen seit Jahren verfochtene These, daß die Metasyphilis eine echte Syphilis sei, und daß Tabes und Paralyse echt syphilitische, wenn auch eigenartige Erkrankungen seien, ist für Erb kaum noch anfechtbar nach der Noguchischen Entdeckung der Spirochäten im Gehirn; denn diese bestätigt die bisherigen Ergebnisse der Lumbalpunktionen, der WR, der histologischen Untersuchungen und der Steinerschen Impfversuche. Damit ist aber die Lösung anderer Probleme sehr in den Vordergrund gerückt, nämlich die Erforschung der Biologie der Pallida. Gibt es verschiedene Stämme und Unterarten derselben? Sind dieselben veränderlich während ihres Verweilens in dem gleichen Wirt im Laufe der Jahre? Oder werden sie es erst im Laufe vieler Dezennien durch ungezählte Passagen durch zahlreiche menschliche Organismen? Im ersten Falle wäre die Eigenart der gummösen und Metalues erklärt; sonst muß man der wechselnden Qualität der Gewebssäfte und des Blutes des infizierten Individuums und damit auch der Disposition einen maßgebenden Einfluß einräumen. Daß eine verschiedene Disposition besteht nach dem Geschlecht, dem Lebensalter, der hereditären Belastung, den Stoffwechselanomalien ist wohl zweifellos. Erb erwähnt die Ausführungen Heims: „Über die Spielarten des Syphiliserregers"; dieser nimmt für die Metalues nicht eine gesteigerte Virulenz an, sondern mehr eine qualitative Sonderart (eventuell eine Symbiose mit einem anderen noch unbekannten Organismus; vielleicht sei auch die Spirochäte eine Summation einer Mehrzahl noch nicht voneinander unterscheidbaren Spielarten, deren Vorhandensein sich vielleicht schon im zweiten Stadium der Lues in der Verschiedenheit der Exantheme dokumentiere). Ferner erwähnt Erb die Frage der Syphilis nervosa, deren Existenz wohl zu bejahen sei, wenn man auch noch nicht weiß, wann und woher die Spirochäten neurotrop werden, ob durch die Qualität der Spirochätenstämme oder durch die Disposition des befallenen Individuums. Er versucht in großen Zügen die Wege zu zeigen, auf denen die experimentelle Forschung zu diesem Zwecke vorgehen müßte. Zum Schlusse streift Erb die noch strittige Frage nach der Pathogenese der zwei Formen der histopathologischen Änderungen bei der Metalues, der gliovaskulären und der (primär) degenerativen Formen, und ob diese von den Toxinen oder der Spirochäte selbst hervorgerufen werden, und ob sie selbst in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen. Ebenso sind auch die Fragen noch offen, ob Paralyse und Tabes vielleicht durch verschiedene Spielarten der Spirochäten provoziert werden, und warum dieselben so resistent gegen die Therapie sind, warum die Metalues relativ selten ist, und warum sie in manchen, von Syphilis durchseuchten Gegenden überhaupt fehlt. In der Diskussion bespricht Herr Kafka (Hamburg) die Bedeutung der intrakutanen Luetinreaktion nach Noguchi, die nie bei Syphilis I und II, selten bei Syphilis latens und congenita positiv sei, wohl aber bei Syphilis III und außerdem bei Paralyse in 60%, bei Syphilis cerebri in 75% der Fälle positiv ausfalle; auch von dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren verspricht er sich weitere Aufklärungen. Herr Nonne (Hamburg) betont, daß die Spirochäte allein wohl weder Tabes noch Paralyse erkläre, sondern daß noch ein besonderes Etwas hinzukommen müßte. Bei der Syphilis à virus nerveux sei in 80% der Fälle von konjugaler Syphilis konstatiert, daß beide Ehehälften die gleiche Form der Nervenerkrankung darbieten, und in dieser ganzen Frage handle es sich für ihn nur noch darum: „bei welchen Individuen wird die Invasion der Meningen bei der allgemeinen Dispersie der Spirochäten nicht wieder rückgängig,

Digitized by Google

sondern führe zur weiteren Invasion des Nervensystems?" Herr EICHBERG (Hedemünden) regt zur gewissenhaften Sammlung der Fälle von Gruppenerkrankungen (Glasbläser usw.) an. Herr A. NEISSER (Breslau) ist nicht sehr geneigt an eine Differenz in der Virulenz der Spirochäten zu glauben, sondern mehr an eine solche der Infizierten, wenngleich das auffallend häufige Vorkommen von Tabes und Paralyse bei konjugaler Syphilis und Gruppenerkrankungen, die aus derselben Quelle infiziert sind, beachtenswert erscheint. Die Resistenz der Paralyse gegen die Therapie sieht er in der Lokalisation der Spirochäten begründet, die unserer Therapie nicht zugängig sind. Die Luetinreaktion hält er noch nicht für sehr verwendbar. Lasch-Breslau.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über eine neue Vorrichtung zur Vereisung kleinerer zirkumskripter Hautbezirke mit Äthylchlorid, von O. BERNECKER-Berlin. (M. m. W., 1914, Nr. 29.) Für die verschiedenen Läsionen der Haut, welche einer Behandlung mit Kälte, speziell mit Kohlensäureschnee zugängig sind, hat Verfasser einen kleinen Apparat konstruiert, mit welchem eine genau umschriebene Vereisung unter Verwendung von Äthylchlorid sich erzielen läßt. Zu beziehen ist der Apparat von der Firma L. u. H. Loewenstein, Berlin N. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Über Anregung von Geh. Med.-Rat Prof. ALBERT EULENBURG-Berlin ist die Begründung einer **Deutschen Gesellschaft für Sexualwissenschaft** in Aussicht genommen.

Die oberste Sanitätsbehörde der Stadt New York hat unter die anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten auch die **gonorrhoische Bindehautentzündung** aufgenommen.

In England machen sich seit Kriegsbeginn die **Kurpfuscher** sehr stark bemerkbar, so daß das British Medical Journal eine diesbezügliche eindringliche Warnung an geschlechtskranke Soldaten ergehen läßt.

Unter den patentamtlich geschützten Arzneikörpern deutscher Firmen, deren fabriksmäßige Herstellung jetzt in England geplant wird, befinden sich auch Urotropin und Lysol.

D. G. A. ROST, Oberarzt der Hautklinik in Bonn, hat sich daselbst als Privatdozent für Dermatologie habilitiert.

Priv.-Doz. Dr. RICHARD VOLK-Wien und Dr. OSKAR SCHEUER-Wien wurden zu k. u. k. Regimentsärzten befördert.

Assistent Dr. ALFRED ZINNER-Wien, als k. u. k. Oberarzt im Felde stehend, ist verwundet (Bauchschuß).

Prof. WASHINGTON EMIL FISCHER, konsultierender Arzt am Skin und Cancer Hospital zu St. Louis, ist gestorben.

Dr. ALFRED N. GOTENDORF, Mitarbeiter an HAYNS Bibliotheca Germanorum erotica, ist gestorben.

Berichtigung. In Heft 35, Seite 1031 der Arbeit „Über praktische Verwertung der Pallidin-Reaktion" ist der Autorname falsch gedruckt worden. Es muß heißen „Roederer" statt „Roedner".

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TARNZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. November 1914 | Nr. 47 | Band 59

Das Salvarsan, ein echter Farbstoff.

Von

Dr. med. J. Schumacher, Berlin.

Gelegentlich der Auffindung einer neuen Salvarsanreaktion, über die demnächst berichtet werden soll, und dem Versuch, diese zu einer quantitativ kolorimetrischen Bestimmung des Salvarsans im Urin zu verwerten, machte ich die Beobachtung, daß sich das Salvarsan physikalisch wie ein echter Farbstoff verhält.

Als ich den betreffenden Urin mit dem Reagens versetzte und er deutlich die betreffende Salvarsanreaktion gab, wollte ich, um die störende Eigenfärbung des Urins bei der kolorimetrischen Bestimmung des Salvarsans auszuschalten, diesen vorerst durch Tierkohle filtrieren. Ich war nicht wenig erstaunt, als ich in dem klaren Filtrat alsdann nicht mehr die Salvarsanreaktion bekam. Es konnte nur eine Möglichkeit in Betracht kommen, daß das vorher im Urin festgestellte Salvarsan von der Tierkohle absorbiert wurde, eine Eigenschaft, die fast allen organischen Farbstoffen zukommt. Und in der Tat kann man nachweisen, daß einer eben frisch bereiteten Salvarsanlösung nach Schütteln mit Tierkohle und nachheriger Filtration alles Salvarsan durch die Kohle entzogen wird. Das Filtrat gibt alsdann keine Salvarsanreaktion mehr. Bei einer Kontrolle mit einem anderen Salvarsanreagens ergaben sich dieselben Verhältnisse.

Nach diesen Feststellungen, nach denen Salvarsan physikalisch die Eigenschaften vieler organischer Farbstoffe zeigt, lag es nahe, auch chemisch das Salvarsan in bezug auf seine eventuelle Farbstoffnatur zu betrachten.

Die Farbstoffnatur eines chemischen Stoffes wird bekanntlich bedingt:

1. durch das Vorhandensein eines oder mehrerer aromatischer Kerne;
2. durch die Anwesenheit mindestens einer zweifach gebundenen Atomgruppe, eines sogenannten Chromophors, als solche fungieren gewöhnlich die Atomgruppierungen $C=O$, $-N=N$, $C=C$;
3. durch den Besitz salzbildender, sogenannter auxochromer Gruppen.

Bei der Durchsicht der Literatur finde ich nur eine Angabe Abelins[1]), der bereits die Ansicht vertritt, daß Salvarsan chemisch als

[1]) Abelin. M. m. W., 1911, S. 1566.

Digitized by Google

Farbstoff anzusehen ist, da es einen aromatischen Kern, ein Chromophor, — As = As —, und die salzbildenden Gruppen — OH und — NH_2 enthalte.

Er vergleicht das Salvarsan mit einer Azoverbindung, da es, wie die einfachste Azoverbindung, auch gelb gefärbt sei. Nach diesen Feststellungen ist das Salvarsan demnach sowohl im physikalischen als auch im chemischen Sinne als echter Farbstoff zu betrachten. Damit erklärt sich meiner Ansicht nach wahrscheinlich auch das verschiedene Verhalten des Salvarsans gegenüber verschiedenen Infektionserregern.

Ich glaube, Wassermanns Theorie von der Rolle der Leitschiene eines Farbstoffes als giftübertragendes Vehikel scheint einen neuen Beweis zu erhalten durch die Chemie und Biologie des Salvarsans, das einen arsenhaltigen Farbstoff darstellt, der meisterhaft angeordnet, das für die Spirillozidie erforderliche dreiwertige Arsen in Kombination mit den für die Herabsetzung der Toxizität erforderlichen in p-Stellung befindlichen Hydroxylgruppen enthält.

Auch hier müssen wir mit Bewunderung eines Ehrlich gedenken, der uns das erstemal einen Körper an die Hand gegeben hat, mit dessen Hilfe es möglich ist, im Sinne Wassermanns mit Leitschiene und Gift sicher zu arbeiten. Es sind ja schon verschiedentlich Versuche in dieser Hinsicht angestellt worden. Ich erinnere nur an das Silbermethylenblau, das Uranoblen von Bruck u. a., die allerdings nur für den externen Gebrauch bestimmt sind und vor allem aber an das Eosinselen von Wassermann selbst.

Ferner sei erinnert an die Versuche von Halm und Kostenbader[1]), die mit Hg-haltigen Farbstoffen arbeiteten. In einigen Fällen konnten sie bis 100 % Heilungen erzielen, in anderen wieder nur einen geringeren Prozentsatz, so beispielsweise mit der Toluolazoquecksilbersalizylsäure nur 34 %.

Man wollte mit allen diesen Substanzen das in dem Farbstoff enthaltene Gift an den Krankheitsherd bringen, indem man ersteren als Leitschiene benutzen wollte.

Ich glaube, alle Bemühungen in dieser Hinsicht sind bis jetzt als Versuche zu betrachten gewesen, erst durch die Synthese des Salvarsans ist das Ziel, die Mikroorganismen via Farbstoff mit einem Gift zu treffen, als sicher erreicht zu betrachten.

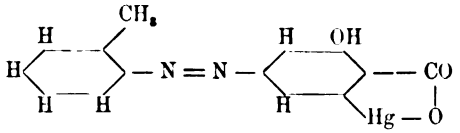
Salvarsan ist eben nicht analog dem obigen Beispiel ein Farbstoff, der schlechthin Arsen enthält, wie beispielsweise die Toluolazoquecksilbersalizylsäure das Hg oder das Methylenblausilber das Ag. Es besteht

[1]) Halm und Kostenbader, Zschr. f. Chemotherapie, 1914.

Digitized by Google

zwischen beiden ein großer Unterschied, der meiner Ansicht nach für die Wirkung von ausschlaggebender Bedeutung ist. Alle bis jetzt unternommenen Versuche weisen einen Mangel auf, der darin besteht, daß das Gift durch Substitution, Addition, Kuppelung usw. in den Farbstoff kommt, obwohl ich nicht bestreiten will, daß auch mit diesen Körpern Erfolge zu erzielen sind, wie Versuche von HALM und KOSTENBADER bei Spirochätosen beweisen, zumal bei externem Gebrauch dieser Körper. Des besseren Verständnisses halber sei es mir erlaubt, mich eines Vergleiches bedienen zu dürfen.

Greifen wir die Toluolazoquecksilbersalizylsäure heraus, ihre Konstitutionsformel ist:



Vergleichen wir sie mit einem Kugelballon, in dessen Gondel sich ein Mensch befindet, der in der Lage ist, sei es, was es wolle, zu zerstören. Der Ballonkörper ist der Farbstoff, der Mensch in der Gondel das Quecksilber, das an dem Farbstoffmolekül hängt. Das Beispiel gilt selbstverständlich auch für die anderen oben erwähnten Farbstoffe. Ist die Möglichkeit gegeben, daß der Ballon unbeschädigt an das Ziel kommt, so kann das betreffende Individuum in der Gondel seinen Zweck erfüllen. Anders jedoch, wenn beispielsweise durch irgend eine Gewalt die Stricke zerrissen werden und die Gondel abstürzt. Der Begriff „Ballon" besteht nach wie vor, denn die Gondel ist zur Prallfüllung der Hülle, wodurch der Begriff „Ballon" repräsentiert sei, nicht erforderlich, der Ballon kann an sein Ziel kommen, aber seinen Zweck nicht erfüllen, da der wichtigste Teil in diesem Falle verloren gegangen ist. Wenden wir unser Beispiel auf die Toluolazoquecksilbersalizylsäure an.

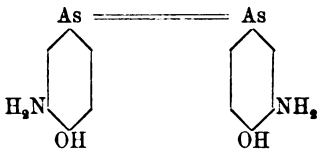
Injizieren wir die Toluolazoquecksilbersalizylsäure, resp. deren Salze, so können sie in toto an ihr Ziel kommen und eventuell die beabsichtigte Wirkung entfalten. Bei den meisten derartig konstituierten Verbindungen wird es aber so sein, daß sie im Körper Veränderungen erleiden. Das Hg kann, oder, falls wir etwas Silbermethylenblau in kleinen Dosen injizieren würden, das Silber, unterwegs durch die Oxydations- und Reduktionsvorgänge oder andere chemische Operationen im Körper abgespalten werden, vielleicht in manchen Fällen auch in komplexe therapeutisch nicht mehr wirksame Verbindungen übergeführt werden. Der Farbstoff selbst, die prallgefüllte Hülle des Ballons, kommt an sein Ziel, aber der wichtigste Teil des ganzen, wie bei dem Ballon

Digitized by Google

die verlorene Gondel, das Hg ist praktisch verloren gegangen. Eine Wirkung zu entfalten ist nicht mehr möglich.

Ganz anders bei dem Salvarsan. Auch hier müssen wir wieder die Salvarsansynthese bewundern, durch die hier ein ganz neues Prinzip eingeführt ist, das meiner Ansicht nach ausschlaggebend sein wird für die Synthese weiterer derartiger Körper und nicht so leicht voraussichtlich überboten werden kann.

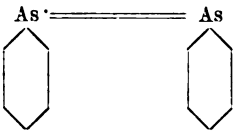
Betrachten wir uns die Wirkungsweise des Salvarsans unter Zugrundelegung des obigen Beispiels mit dem Ballon. Wir dürfen uns vorher wohl nochmals die Konstitution des Salvarsans vergegenwärtigen.



Würde sich das Arsen beispielsweise in einer eingeführten Seitenkette befinden, so könnten wir das Salvarsan als arsenhaltigen Farbstoff bezeichnen und es würde ungefähr der Toluolazoquecksilbersalizylsäure oder dem Methylenblausilber gleichen. Es bestände auch hier wie dort eben die Möglichkeit, daß in den Körper eingeführt das an dieser Stelle sich befindende Arsen abgespaltet werden könnte und der Farbstoff wie oben die entmerkurierte Toluolazoquecksilbersalizylsäure oder das Methylenblau allein an sein Ziel gelangt. Im Salvarsan ist dies jedoch anders, das Arsen kann nicht verloren gehen, ohne das Farbstoffmolekül zu sprengen und der ganzen Verbindung die Farbstoffnatur zu nehmen, da das Arsen ein Bestandteil, ein lebenswichtiger Bestandteil des Farbstoffes selbst ist, als Chromophor — As = As — diesen eben bilden hilft, und darin liegt eben der Fortschritt gegenüber den anderen Präparaten und die große Bedeutung. Denn würde die Verbindung, das Salvarsan, im Körper vor Erreichung ihres Ziels zerstört, so fällt damit sofort der Begriff Farbstoff von selbst, die Leitschiene ist zerstört und das Arsen kann auf diese Weise nicht mehr zu den Mikroorganismen gelangen. Wie wir sehen werden, ist gerade im Salvarsan Gewähr dafür geboten, daß das Arsen an seinen Bestimmungsort gelangt. Ziehen wir wieder unseren Vergleich heran, wir haben oben das Gift in den Farbstoffen in chemischer Bindung hängend verglichen mit einem in der Gondel des Ballons befindlichen Menschen. Hier ist es anders. Das Arsen ist nicht einfach in dem Farbstoff enthalten, sondern es macht selbst ein Organ desselben aus. Es ist mit den Gasmolekülen im Ballon zu vergleichen, mit deren Entweichen eben der Begriff Ballon zerstört wird. Hier könnten höchstenfalls Bruchteile desselben an den Bestimmungsort

Digitized by Google

gelangen. Ebenso bei dem Salvarsan. Sobald im Körper Arsen abgespalten würde, ist die beabsichtigte Wirkung ausgeschlossen und schwindet der Begriff Farbstoff im Gegensatz zu den obigen Beispielen, wo das Gift im Körper abgespalten oder in komplexe Verbindungen übergeführt werden kann, der Farbstoff selbst als solcher aber erhalten bleiben kann. Würde im Körper das Salvarsanmolekül vor Erreichung seines Ziels gesprengt, so würde das Vehikel, die Leitschiene, analog dem Ballonkörper, vernichtet, ein Transport der zerstörenden Einheit wäre unmöglich geworden. Daß dieses aber im Körper nicht so ist, wissen wir aus unseren therapeutischen Resultaten und aus vorliegenden chemischen Untersuchungen. Eben weil der Körper nicht imstande ist, die Trias, aromatische Ringe, Chromophor und auxochrome Gruppen, die eben den Farbstoff ausmachen, resp. den Komplex



vor Erreichung des Zieles zu sprengen, eben deshalb ist im Salvarsan Gewähr dafür geboten, daß das Gift mit dem Farbstoff auch wirklich an sein Ziel kommt. Wie wir wissen, findet im Organismus auch nur ausnahmsweise eine Verbrennung des Benzolrings statt. Das Arsen ist eben ein inneres Organ des Farbstoffes, das ohne Zerstörung dieses Organismusses nicht verloren gehen kann und keine Extremität, wie in dem obigen Beispiel, um einen weiteren Vergleich gebrauchen zu dürfen. Denn um zu wiederholen, mit Zerstörung eines der obigen drei Elemente fällt chemisch der Begriff Farbstoff und damit für uns auch der der Leitschiene und giftübertragenden Substanz, und es könnte höchstens eine Wirkung entstehen, die auch anderen arsenhaltigen organischen Verbindungen zukommt.

Wie verhält sich nun dieser Arsenfarbstoff — ich vermeide jetzt absichtlich das Wort arsenhaltiger Farbstoff — in seiner Rolle als Leitschiene und giftübertragender Substanz gegenüber den verschiedenen Infektionserregern? Betrachten wir das Salvarsan als Farbstoff und Leitschiene für das Arsen, so glaube ich, können wir hierdurch auch das verschiedene Verhalten des Salvarsans bei verschiedenen Infektionskrankheiten ziemlich zwanglos erklären. Leicht färbbare Mikroorganismen, wie Spirochäten, Milzbrandbazillen, Rekurrensspirillen u. a. werden daher wahrscheinlich leichter und sicherer durch die Färbung von dem tödlichen Arsen erreicht, während das Salvarsan bei schwerer färbbaren Bakterien, wie beispielsweise Tuberkelbazillen, Leprabazillen u. a., keinen

Digitized by Google

oder nur einen geringen Einfluß haben kann, da diese die Farbstoffe auch abgetötet nur schwer aufnehmen und im Falle des Salvarsans das Arsen daher eben nicht seine tödliche Wirkung entfalten kann. Auch hier bewundern wir wieder den Bau des Salvarsans, das das Arsen als Farbstoffbestandteil, als Chromophor desselben enthält, zugleich aber auch in der wichtigen dreiwertigen Form, die allein die Chemozeptoren der Parasiten zu verankern imstande sind, wie Ehrlich festgestellt hat.

Ich glaube, wir müssen uns bei der Abtötung der Mikroorganismen mehr und mehr davon frei machen, daß nur das und das Gift für die betreffenden Mikroorganismen spezifisch ist. Die Erfahrung hat uns auch anders gelehrt. Arsen ist ein Gift, das stark genug ist, alle Mikroorganismen hinreichend genug zu schädigen, sofern es eben seine Wirkung entfalten kann. Es sei dahingestellt, ob die Spirochäten selbst durch das für sie spezifische Quecksilber geschädigt werden oder die Wirkung auf einem anderen Weg zustande kommt. Wir haben gesehen, daß auch das Arsen sie abzutöten imstande ist. Das Silber ist ebenfalls nicht allein spezifisch für Gonokokken. Vom Quecksilber abgesehen, gelingt es auch, diese prompt durch andere Mittel abzutöten, worauf ich demnächst zurückkommen will.

Janet und A. Levy-Bing, Paris berichten, daß Gonorrhoe auch durch Neosalvarsaninjektionen günstig zu beeinflussen ist; ebenso die Gonokokkensepsis durch intravenöse Neosalvarsaninjektionen bedeutend gebessert wird. Einen spezifischen Einfluß bestimmter Gifte auf die Entwicklungshemmung will ich damit nicht in Abrede stellen.

Bei der Abtötung glaube ich, daß wir alle Mikroorganismen mit Arsen schädigen können, wie eben erwähnt, sofern dieses genügend Gelegenheit hat, auf sie einzuwirken. Die nicht so prompte Wirkung des Salvarsans bei Malaria erklärt sich wahrscheinlich damit, daß der Farbstoff-Salvarsan nicht genügend in die Parasiten gelangt, da sich diese teilweise im Leib der Erythrozyten befinden. Es werden daher voraussichtlich nur die außerhalb der roten Blutkörperchen sich befindenden Parasiten tödlich getroffen. Bei dem Chinin und den analogen Präparaten liegen die Verhältnisse aus bestimmten chemischen Gründen anders. Der erhöhte Erfolg der kombinierten, von Morgenroth inaugurierten Behandlung der Malaria mit Salvarsan und Chinin und dessen Homologen, eventuell in noch weiterer Kombination mit Natr. salicylicum, ist dadurch leicht verständlich.

Zu obigen Auseinandersetzungen steht auch die Erfahrung der Praxis in Einklang. Salvarsan resp. das Arsen ist nicht allein spezifisch spirillozid für Spirochäten, auch Milzbrandbazillen, Rekurrenzspirillen u. a. Parasiten werden abgetötet. Die geringen Erfolge bei Tuberkulose lassen sich unschwer erklären. Wie bekannt und schon erwähnt, nehmen diese Bakterien auch außerhalb des Körpers, sogar abgetötet, nur schwer den Farbstoff auf. Dies beruht auf dem Gehalt an Wachssubstanz, die diese Bazillen in ihrem ganzen Körper beherbergen und nicht etwa nur auf

Digitized by Google

einer äußeren Hülle, deren Vorhandensein durch die eingehenden Untersuchungen Unnas[1]) bereits im Jahre 1888 widerlegt ist.

Wir dürfen uns daher nicht wundern, wenn wir dazu an lebenden Tuberkelbazillen im Körper eine ähnliche Beobachtung machen. Der Farbstoff (Salvarsan) kann eben der oben genannten Verhältnisse wegen nur schwer in die Tuberkelbazillenleiber gelangen, und das Arsen daher seine tödliche Wirkung nicht entfalten. Gelingt es uns, ein Mittel ausfindig zu machen, das beispielsweise die Tuberkelbazillen im Körper so weit schädigt, daß sie leichter Farbstoffe aufzunehmen imstande sind, so werden wir voraussichtlich auch bei Tuberkulose mit Salvarsan Resultate erreichen können, vielleicht ist das Cholin dazu berufen. Zweckmäßig vielleicht in Kombination mit einem Goldsalvarsan oder einem goldhaltigen Farbstoff, der zweckmäßig so konstituiert sein muß, daß er kolloidales Gold abspalten kann, über dessen Bedeutung für die Chemotherapie der Tuberkulose an anderer Stelle berichtet werden soll.

Jedenfalls glaube ich, daß das eine aus diesen Betrachtungen hervorgeht, daß wir bei der Synthese neuer Farbstoffverbindungen, die als Leitschiene für Übertragung von Giften fungieren sollen, danach zu trachten haben, daß die Gifte einen Teil des Farbstoffes selbst ausmachen, vorwiegend ein Chromophor sind, und nicht in den Seitenketten substituiert sind oder sonstwie sich mit den Farbstoffen in chemischer Bindung befinden, denn nur dann haben wir sichere Gewähr, daß das Gift als Leitschienenbestandteil mit dieser an sein Ziel gelangt.

Ehrlich steht mit seinem Salvarsan obenan. Weitere Verbindungen, die das Gift ebenfalls als Chromophor enthalten, wären nur Nachahmungen, die vielleicht doch zu einem Präparat führen können, das gewisse Nachteile des Salvarsans nicht besitzt. Ein Fortschritt wäre vielleicht erst die Synthese einer Verbindung, bei der das Gift zwischen zwei C-Atomen im Benzolring sich befindet, also in einem anderen Glied des Farbstoffes, im aromatischen Kern. Das ist bis jetzt unmöglich und wird nicht so leicht zu erreichen sein. Eher möglich ist die Auffindung von neuen Körpern unter Benutzung von fünfgliederigen Verbindungen, wie Pyrrol, Furan, Thiophen, bei denen das Gift die Tetrolgruppe zu einem Fünfring zu schließen hätte, ähnlich wie dieses der Schwefel bei dem Thiophen tut, eventuell in Verbindung mit einem oder mehreren Benzolkernen.

Anschließend sei mir erlaubt, auf die soeben von Evans, Schulemann und Wilborn[2]) erschienene Arbeit hinzuweisen, die in einigem Zusammenhang mit den obigen Darlegungen steht. Diese Autoren konnten die Ehrlichsche Theorie, die eine Verankerung der Farbstoffe im Zell-

[1]) Unna, Die Entwicklung der Bakterienfärbung. Eine historisch-kritische Übersicht. Zbl. f. Bakt.. 1888, Bd. 3, S. 153—154. — [2]) D. m. W., 1914, Nr. 30.

Digitized by Google

leib durch eine chemische Reaktion zwischen den „Rezeptoren" von Farbstoff und Zellen annimmt, nicht bestätigen. Sie erhielten Vitalfärbungen bei Farbstoffen mit den heterogensten „Rezeptoren" und der verschiedensten Konstitution, während sich andrerseits viele Farbstoffe mit den gleichen Rezeptoren verschieden verhielten. Sie ziehen daher aus ihren Experimenten den Schluß, daß chemische Reaktionen im Sinne Ehrlichs zwischen den sogenannten Rezeptoren der sauren Farbstoffe und den lebenden Zellen nicht stattfinden.

Des weiteren fanden die Autoren, daß offenbar der Lösungszustand der Farbstoffe von größerem Einfluß auf ihr biologisches Verhalten war als ihr chemischer Aufbau, sie fanden die Verteilung saurer Farbstoffe im Tierkörper abhängig von ihrem physikalischen Lösungszustand. Auch hier sehen wir wieder, wie das Salvarsan musterhaft einen zweckmäßigen chemischen Aufbau mit den von diesen Autoren auf ganz anderem Wege gefundenen notwendigen physikalischen Eigenschaften vereint, die saure Farbstoffe, zu denen ja auch das Salvarsan nach unserer Auffassung gehört, haben müssen, um Vitalfärbungen geben zu können.

Ferner stellten die Autoren fest, daß die Verteilung der Farbstoffe im Tierkörper von deren Diffusionsgeschwindigkeit abhängt, die bei Elektrolyten und Semikolloidlösungen am größten ist, zu welch letzteren die meisten bekannten Farbstoffsäuren gehören.

Die Autoren konnten auch unter Zugrundelegen der Beobachtung, daß der physikalische Lösungszustand der Farbstoffe für deren biologisches Verhalten eine größere Bedeutung hat als ihr chemischer Bau, viele „negative" Farbstoffe durch Änderung ihres Lösungszustandes zu den schönsten Vitalfarbstoffen machen, ohne die „Rezeptoren" zu ändern. Auch mit kolloiden Metallösungen und feinsten Suspensionen wurden Vitalfärbungen erzielt. Sie fassen daher auf Grund ihrer experimentellen Untersuchungen die Vitalfärbung mit sauren Farbstoffen auf als Phagozytose großer Anionen der Elektrolytlösungen saurer Farbstoffe, als Phagozytose der Amikronen (Moleküle und kleine Molekülaggregate) und der Ultramikronen auf (größere Molekülagreggate). Inwieweit diese Verhältnisse etwa für die Erklärung der therapeutischen Wirkung des Salvarsans in Betracht kommen, sei vorläufig dahingestellt.

Wir haben die nicht so prompte Wirkung des Salvarsans bei Malaria so erklärt, daß der Farbstoff Salvarsan wahrscheinlich nicht genügend an die Parasiten gelangt, da sich diese teilweise in dem Leib der Erythrozyten befinden und daher voraussichtlich nur die außerhalb der roten Blutkörperchen sich befindenden Parasiten tödlich getroffen werden, im Gegensatz zu dem Chinin und dessen Homologen, wo die Verhältnisse aus bestimmten chemischen Gründen anders liegen.

Digitized by Google

Diese Annahme erfährt eine teilweise Bestätigung durch die Untersuchungen der genannten Autoren. Diese konnten für sämtliche Farbstoffe nachweisen, daß gewisse Elektrolyte, wie Natriumsulfat beispielsweise, das Nebeneinander von Einzelmolekülen bzw. deren Ionen und polymeren Molekülen zugunsten der letzteren zu verschieben imstande sind, die Wirkung des Natriumsulfats kann sich zusammensetzen aus der elektrolytisch dissoziationshemmenden Funktion des gleichionigen Zusatzes und der kolloid-chemisch ausfällenden Wirkung des Salzes (Biltz). Wir müssen uns außerdem erinnern, daß nach Biltz[1]) die Farbstoffe Elektrolyte sind, die sich in einem Assoziations-, Dissoziations- und Hydrolysengleichgewicht befinden, so daß polymere Farbstoffmoleküle, Farbstoffeinzelmoleküle, Farbstoffionen, Natriumionen und die Produkte der Hydrolyse nebeneinander bestehen.

Die Autoren konnten ferner beobachten, daß rote Farbstofflösungen durch Elektrolytzusatz ihre Farbe in Blau verwandelten und bei weiterem Elektrolytzusatz den Farbstoff blau ausflocken ließen. Der Zusammenhang zwischen Farbwechsel und Koagulation ist ja schon lange bekannt, besonders Zsigmondy hat diese Beobachtungen bei den Gold- und anderen Metallhydrosolen bearbeitet.

Wir haben gesehen, daß manche sauren Farbstoffe durch im Protoplasma der Zellen wahrscheinlich vorhandene Elektrolyte unter Umständen verändert, ja manchmal ausgeflockt werden können. Es besteht immerhin die Möglichkeit, daß auch beim Eindringen des Salvarsans in die Erythrozyten dieses als saurer Farbstoff durch etwa in dem Protoplasma der roten Blutkörperchen vorhandene Elektrolyte zum Teil verändert, teilweise die Harmonie des Nebeneinanderseins von Einzelmolekülen bzw. deren Ionen und polymeren Molekülen derart gestört wird, resp. eine teilweise Ausflockung stattfinden kann, daß das Salvarsan und damit das Arsen auf diese Parasiten gar nicht wirken kann.

Ich bin weit entfernt davon, irgend welche Schlüsse aus diesen Betrachtungen zu ziehen, hielt sie jedoch für interessant genug, um ihre Darlegung zu rechtfertigen.

Zusammenfassung.

1. Salvarsan ist sowohl physikalisch als chemisch als echter Farbstoff zu betrachten, da er sowohl von Tierkohle, wie fast alle organischen Farbstoffe, aufgenommen wird, als auch chemisch die Anforderungen erfüllt, die man an einen Farbstoff stellt. Es enthält zwei aromatische Ringe, ein Chromophor, in diesem Falle die Gruppe — As=As — und auxochrome Gruppen.

2. Salvarsan ist ein Arsenfarbstoff und nicht als arsenhaltiger Farbstoff zu betrachten, da das Arsen nicht an einer Stelle des Farbstoffmoleküls substituiert oder durch Addition, Kuppelung usw. angelagert ist, sondern als Chromophor den Farbstoff selbst aufbauen hilft. Durch

[1]) Zit. nach Evans, Schulemann und Wilborn.

Digitized by Google

diese Bindung ist eben Gewähr dafür geboten, daß das Arsen als solches durch die Leitschiene als ein Bestandteil desselben transportiert wird und auch wirklich an sein Ziel gelangt. Denn solange das Molekül noch Farbstoff ist, so lange ist auch Arsen in ihm enthalten, im Gegensatz zu den anderen Farbstoffgiftverbindungen, welche durch chemische Vorgänge im Körper so weit verändert sein können, daß das Gift abgespalten ist oder sie in komplexe, therapeutisch unwirksame oder schwachwirksame Verbindungen übergeführt worden sind und der Farbstoff als solcher erhalten geblieben ist, aber seine Wirkung entbehren muß.

3. Das verschiedene Verhalten des Salvarsans bei verschiedenen Infektionskrankheiten erklärt sich aus physikalischen Umständen, bei den Tuberkelbazillen ist es wahrscheinlich die Wachssubstanz, die diese Bazillen nach den Untersuchungen Unnas in ihrem ganzen Körper beherbergen, die es dem Farbstoff Salvarsan unmöglich macht, in deren Leiber zu dringen und ihnen das tödliche Arsen zu bringen; die bei Malaria öfter beobachteten Rezidive erklären sich wahrscheinlich so, daß nur die freien im Blut sich befindenden Parasiten von dem tödlichen Arsen erreicht werden, die in den Erythrozyten jedoch sich befindenden Parasiten erschwerter Diffusionsverhältnisse wegen wahrscheinlich nur ungleich schwerer von dem tödlichen Arsen erreicht werden können, während bei dem als Eiweißverbindung kreisenden Chinin die Verhältnisse wesentlich günstiger liegen.

4. Bei der Synthese neuer Farbstoffverbindungen, die als Leitschiene für giftübertragende Substanzen dienen sollen, werden wir danach zu trachten haben, daß das Gift möglichst einen Bestandteil des Farbstoffes selbst, möglichst ein Chromophor desselben, darstellt.

Daß solche Verbindungen herzustellen möglich sind, hat uns Ehrlich mit seiner Salvarsansynthese meisterhaft gezeigt.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Zentralblatt.

1914, Nr. 12.

Über Purium, ein neues Steinkohlenteerpräparat, von Lalajanz. Dieses neue Teerpräparat hat sich in allen, für die Teerbehandlung geeigneten Ekzemfällen, bei denen es in der Josephschen Poliklinik angewendet wurde, gut bewährt. Es hat den Vorzug, daß es kaum färbt und nicht auffallend oder schlecht riecht. Das reine Purium ist salbenförmig weich und läßt sich zu allen für den Teer üblichen Anwendungsformen: Salben, Pasten, Schüttelmixturen, Äther-Alkoholtinkturen leicht verarbeiten.

Hermann Boehme-Leipzig.

Digitized by Google

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1914, Bd. 55, H. 2.

Das Heft enthält die Fortsetzung des Berichtes über die 15. Versammlung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilidologie.

1. Über einige Versuche der Radikalbehandlung der Syphilis im zweiten Inkubationsstadium durch Hektininjektionen in die Umgebung des Primäraffektes, von Agostino Mibelli. Verfasser hat die seinerzeit von Hallopeau empfohlenen Hektininjektionen um den Primäraffekt nachgeprüft und ist mit dem Erfolge im allgemeinen zufrieden. Es wurde durch 30—40 Tage jedesmal 0.2 Hektin injiziert. Die entzündliche Reaktion war nicht sehr stark, das Allgemeinbefinden wurde nicht gestört. Die Primäraffekte wurden durch die Injektionen zu rascher Überhäutung gebracht, das Allgemeinbefinden wurde günstig beeinflußt; die Kräfte, Appetit und Gewicht nahmen zu. Die regionären Lymphdrüsen wurden weniger stark beeinflußt. In einigen Fällen scheint die Syphilis wirklich abortiv geheilt zu sein, doch will Verf. ein endgültiges Urteil noch nicht abgeben. Aber auch die Fälle, bei denen die Abortivkur nicht gelungen ist, ermutigen zu weiterer Anwendung von Hektin, da das Mittel energisch auf die Sklerose wirkt und den weiteren Verlauf der Krankheit günstig beeinflußt. Eventuell Kombination mit anderen Medikamenten.

2. Behandlung der Syphilis mit Hektin und Argulan, von Agostino Mibelli. Hektin erweist sich bei intramuskulären Injektionen als kein hervorragendes Antisyphilitikum; immerhin hat es einen deutlichen Einfluß auf die Haut- und Schleimhauterscheinungen und hebt auch das Allgemeinbefinden. Das Kollesche Präparat, Argulan, wirkt dagegen sehr energisch abtötend auf die Spirochäten, wenn auch der Effekt nicht gleichmäßig war; dabei besitzt das Mittel keine stark toxischen Eigenschaften. Diese scheinen sogar geringer zu sein, als bei anderen unlöslichen Quecksilbersalzen, die dieselbe Menge Hg enthalten. Die lokale Reaktion auf die Injektion ist ziemlich groß und kann die Resorption des Medikamentes hindern.

3. Syphilisbehandlung mit Salvarsan, von G. Piccardi und A. Vittone. Die Verfasser fassen ihre Erfahrungen in folgenden Schlußsätzen zusammen: 1. Salvarsan und Neosalvarsan können jede Erscheinung von Syphilis zum Verschwinden bringen, soweit nicht irreparable Zerstörungen oder Degenerationen eingetreten sind. 2. Die Sterilisation der Syphilis ist nicht in allen Fällen möglich; doch ist im Primärstadium eine Abortivheilung erreichbar, da stets das Eintreten von Sekundärerscheinungen verhindert wurde. 3. Die Arsenobenzole wirken rascher und gleichmäßiger als Quecksilber; wo letzteres und Jod versagte, waren jene stets von Erfolg begleitet. Ein Refraktärsein wurde nicht beobachtet. 4. Die Zeit seit der Einführung des Salvarsans ist noch zu kurz, um ein definitives Urteil zu gestalten. Immerhin ist nach den bisherigen Erfahrungen die Hoffnung berechtigt, daß es bei geeigneter Technik gelingen wird, das Tertiärstadium und die Metasyphilis zu vermeiden. 5. Wegen dieser Unsicherheit ist daher die Kombination mit Quecksilber zu empfehlen. 6. Da Papeln am Genitale und im Munde, die die gefährlichsten hinsichtlich der Ansteckung sind, rapid durch Salvarsan beseitigt werden, ist dieses von größtem Werte gegen die Verbreitung der Syphilis. 7. Die intravenöse Injektion ist wegen der schnelleren Wirkung und des Fehlens der lokalen Reaktion die Methode der Wahl. 8. Die beobachteten üblen Nebenerscheinungen beruhen auf Fehlern der Technik und Dosierung (Wasserfehler). Idiosynkrasie ist sehr selten; ihre Folgen lassen sich durch kleine Anfangsdosen und vorsichtige Steigerung vermeiden. 9. Die Salvarsanbehandlung hat als Regel, nicht als Ausnahme zu gelten. Die Kontraindikationen, Störungen des Gefäß- und Zentralnervensystems, der Leber und Niere, sind nicht absolut.

Digitized by Google

4. Eine eigentümliche Eigenschaft des Salvarsans und deren möglicher Zusammenhang mit dem Wirkungsmechanismus, von L. MARTINOTTI. Das Resultat seiner Untersuchungen faßt M. in dem Satze zusammen: „Es gibt Substanzen, die in Gegenwart eines oxydierenden Körpers die Fähigkeit haben, Gewebsfett in vitro zu fixieren und unlöslich zu machen." Zu diesen gehört nicht nur Salvarsan, sondern eine ganze Gruppe chemisch verwandter Substanzen. Verfasser gründet darauf hypothetische Anschauungen über die Wirkung des Salvarsans im Organismus. Alle diese Substanzen, wie Amidoazotoluol, haben eine epithelisierende Wirkung auf Hautwunden.

5. Salvarsanbehandlung der Syphilis, von K. RÜHL. Ausführliche Zusammenfassung seiner Erfahrungen mit Salvarsan. Während der Menses sollen keine intravenösen Salvarsan- oder Neosalvarsaninfusionen gemacht werden.

6. Abortivbehandlung der Syphilis mit Quecksilber und Arsen, von E. MARIOTTI. Die lokale Behandlung des Primäraffektes ist den forcierten Allgemeinkuren im zweiten Inkubationsstadium bei negativem WASSERMANN vorzuziehen, da sie ihren Zweck mit größerer Sicherheit und weniger Gefahr erreicht. Die lokalen Hektininjektionen erreichen nicht immer ihr Ziel, da sie nicht immer verhindern können, daß Spirochäten über die Lymphdrüsen hinausgelangen; ebenso ist es möglich, daß arsenfeste Spirochäten in loco liegen bleiben und später neue Erscheinungen veranlassen. Jedenfalls müssen wenigstens 50 Hektininjektionen gemacht werden. Lokale Hektin- und allgemeine Quecksilberbehandlung lassen das Gelingen der Abortivkur nie sicher erscheinen; dagegen ist die lokale Hektin-Quecksilberbehandlung in jedem Falle empfehlenswert, wenn auch sie Mißerfolge haben kann.

7. Neosalvarsan, von L. SEVERI. Neosalvarsan hat vor Altsalvarsan den Vorzug der einfacheren Zubereitung; außerdem wird es besser vertragen, da es weniger giftig ist, leichter ausgeschieden wird und die Venen nicht alteriert. Dagegen ist es hinsichtlich seiner antisyphilitischen Eigenschaften dem Altsalvarsan unterlegen. Es ist aber indiziert, wenn die Anwendung eines wenig toxischen Mittels in kleinen Dosen notwendig ist; ebenso bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen Salvarsan. Bei primärer Syphilis mit negativem WASSERMANN und ohne Drüsenschwellung ist Neosalvarsan ebenfalls am Platze, da man größere Dosen und häufigere Injektionen anwenden kann und so eventuell eine Abortivkur ermöglicht wird.

8. Wassermannsche Reaktion und Salvarsan, von GIUSEPPE GAVINI. Negative Wassermannsche Reaktion nach einer Salvarsankur bedeutet nicht Heilung, sondern nur mögliche Heilung. Die Möglichkeit einer Abortivbehandlung ist nicht ausgeschlossen.

9. Neue gegen die Syphilis wirksame Elemente, von M. PELAGATTI. An PELAGATTIS Klinik sind seit zwei Jahren Versuche an Menschen und Tieren im Gange, um Salvarsan durch andere Verbindungen zu ersetzen. Es wurden die toxischen Dosen von organischen Arsen-, Antimon-, Vanadium- und Phosphorpräparaten ermittelt. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

10. Salvarsanbehandlung der Syphilis, von V. MONTESANO. Verfasser führt einige Fälle an, in denen Salvarsan einen ungünstigen Effekt hatte (zumal bei Nervensyphilis) oder bei denen der Effekt nur kurze Zeit anhaltend war.

11. Wassermannsche Reaktion, von V. MONTESANO. Verfasser schließt sich der Ansicht des Referenten an, daß die Wassermannsche Reaktion keine Immunitätsreaktion ist.

12. Salvarsanbehandlung der Syphilis, von M. CARRUCCIO. Verfasser ist nicht der Ansicht, daß Salvarsan bzw. Neosalvarsan die alleinigen Antisyphilitika sind; eine regelmäßige Jod-Quecksilberbehandlung kann dieselben Effekte erzielen. Doch will Ver-

Digitized by Google

fasser nicht leugnen, daß in manchen Fällen (ganz frische Infektion, ulzeröse oder schmerzhafte Symptome) Salvarsan sehr am Platze ist.

13. Neosalvarsan bei nicht syphilitischen Affektionen, von A. Breda In zwei Fällen von Lepra und Bouba erzielte Neosalvarsan keinen Effekt. Dagegen zeigte von zwei Fällen von allgemeiner Sarkomatose einer nach drei Injektionen (0,3, 0,6, 0,9) auffallende Besserung. Die Knoten waren fast völlig resorbiert und an ihrer Stelle fühlte man einen förmlichen Substanzverlust.

14. Sklerodermia guttata, von A. Breda. Verfasser stellt eine 71 jährige Frau vor, die auf der Brust unterhalb beider Klavikeln zahlreiche weiße Flecke hatte. Er diagnostiziert Sklerodermia guttata und erörtert ihr Verhältnis zur „White-spot disease". Er bezweifelt, daß die Aufstellung der letzteren als eigener Krankheitstyp berechtigt sei, da in manchen Fällen ihre scharfe Trennung von Sklerodermia guttata unmöglich ist.

15. Angiolupoid, von A. Breda. Bei dem 42 jährigen Mann war der linke Nasenflügel eingenommen von einem lividroten Infiltrate mit polyzyklischer Begrenzung. Die affizierte Stelle ist glatt, ohne Schuppen, ohne Follikelmündungen, ohne Atrophie, von zahlreichen erweiterten Venen durchzogen. Die Haut ist derb, auf Druck nimmt sie einen bräunlichen Farbenton an. Verfasser stellte die Diagnose Angiolupoid, die durch die histologische Untersuchung bestätigt wurde.

16. Beitrag zum Studium der tertiären anorektalen und vulvären Syphilis, von C. Vignolo-Lutati. Siehe diese Zeitschrift, Bd. 59, S. 850.

17. Über die Histologie der wahren Psoriasis rupioides, von C. Vignolo-Lutati. Bei einem Knaben von sechs Jahren fand sich vornehmlich auf dem Rücken eine rupioide Psoriasis. Die histologische Untersuchung ergab, daß die Achse der squamösen rupioiden Haube der Richtung eines Follikels entsprach. Längs dieser Achse haben sich die Schuppenschichten derart angeordnet, daß sie im Vertikalschnitte wie der Bart einer Feder längs des Haarschaftes aussahen. Die Affektion hat also an der Mündung des Follikels mit einer punktförmigen squamösen Anhäufung begonnen, die später die Spitze der rupioiden Haube wurde, als unter ihr der psoriatische Prozeß durch Bildung neuer, zentrifugal an Größe zunehmender Scheiben fortschritt.

18. Hemiatrophia facialis der rechten Seite mit Hemiatrophie des Rückens der entgegengesetzten Seite, von A. Galimberti. Das im Titel genannte Leiden bestand bei einem 10jährigen Mädchen.

19. Klinische und experimentelle Studien über Arthigon, von P. Sabella. Im Tierversuche zeigte sich, daß Arthigon für den Organismus unschädlich ist. Vermengt mit blennorrhoischem Materiale, beeinträchtigt es dessen schädliche Wirkung auf die Gewebe und erhöht die Resistenz des Organismus gegen die Infektion; gleichzeitig beschleunigt es die Resorption des infektiösen Materials. Klinisch erwies sich Arthigon als wertvolle Bereicherung der antiblennorrhoischen Therapeutik: die entzündlichen Erscheinungen gehen rasch zurück, Prozesse am Nebenhoden oder an den Gelenken involvieren sich rapid. Die Wirkung der antiblennorrhoischen Vakzine besteht einerseits in Neutralisierung der Gonokokkentoxine, andererseits in Anregung zur Bildung von Schutzstoffen; dem Arthigon kommt aber auch noch eine bakterizide Wirkung zu.

20. Alveolitis syphilitica pulmonalis mit Anthrakose, von P. Filadoro. Der 66jährige Kranke starb an einer syphilitischen Alveolitis. Verfasser stellte Untersuchungen über die Ätiologie der Anthrakose an und kam zu dem Schlusse, daß sie sekundärer Natur ist infolge einer Prädisposition anatomischer Natur. Im vorliegenden Falle gab die syphilitische Bronchoalveolitis und interstitielle Pneumonie den prädisponierenden Faktor ab.

Digitized by Google

21. Kongenitale Veränderung der Hypophyse, von G. Garibaldi. Ein 14jähriges Mädchen kam wegen eines Ekzems in Behandlung. Sie war für ihr Alter sehr groß (1,65 m), der Schädelumfang betrug 50 cm, die Brüste und das Genitale waren stark entwickelt. Verfasser meint, daß eine Hypophysenerkrankung vorliegt.

22. Spätsyphilom des Hodens beim Kaninchen, von M. Truffi. Ein mit Passagevirus skrotal geimpftes Kaninchen zeigte $3^1/_2$ Jahre nach der Infektion einen haselnußgroßen derben Knoten in der oberen Hälfte des linken Hodens. Im Dunkelfelde wie im Schnitte fanden sich Spirochäten. Ein anderes, mit menschlichem Virus geimpftes Kaninchen wies nach 2 Jahren den rechten Hoden 4fach vergrößert, derb, unregelmäßig, höckerig auf. Auch der linke Hoden war am oberen Pole verdickt, und in der rechten Kornea entstand eine interstitielle Keratitis. Spirochätenbefund ebenfalls positiv.

23. Favus des Augenlides durch Achorion gypseum, von M. Truffi. Verfasser sah bei einem 14jährigen Bauernknaben auf dem Augenlide einen erythematös-squamösen Fleck mit einem typischen Favusskutulum im Zentrum. Die mikroskopische und kulturelle Untersuchung ergab Achorion gypseum. Die Infektion war durch einen Hahn erfolgt, mit dem der Knabe oft spielte; auf dem Kamme fanden sich bräunliche Krusten, aus denen derselbe Pilz gezüchtet werden konnte. Mit den Kulturen gelang es, wieder einen Hahn am Kamme zu infizieren.

24. Ulcera mollia extragenitalia, von M. Truffi. Ein 30jähriger Mann hatte neben genitalen weichen Schankern ein Geschwür auf dem Dorsum des rechten Zeigefingers am ersten Interphalangealgelenke. Auf dem Handrücken fanden sich zwei vereiterte Drüsen.

25. Über die sogenannte Hautblastomykose, von Dalla Favera. Die Krankheit hatte bei dem 12jährigen Kranken mit verrukösen und papillomatösen Exkreszenzen an der Mundschleimhaut begonnen; dann folgte Schwellung und Vereiterung der Zervikaldrüsen. Das Leiden verbreitete sich hierauf auf das Gesicht und in disseminierten Herden auf den Stamm und die Arme. Als Verfasser den Kranken nach einjähriger Krankheitsdauer sah, bestand im Gesichte das typische Bild der Gilchristschen Dermatitis blastomysetica vegetans et papillomatosa; auf dem Stamme und den Armen waren Ulzerationen mit speckigem Grunde, an verschiedenen Stellen geschwollene Drüsen, zum Teil vereitert. Der Kranke starb an Darmblutung. Bei der Autopsie fanden sich Krankheitsherde in den Drüsen, in der Milz, Leber, Darm und in den Nieren. Histologisch zeigte das Gewebe tuberkuloiden Bau mit Riesen-, Epitheloid- und Lymphoidzellen. Der Erreger wurde in Reinkultur gewonnen.

26. Einige praktische Bemerkungen über die antiblennorrhoische Serotherapie, von G. Define. Verfasser gibt der Serotherapie den Vorzug vor der Vakzinotherapie, da sie rascher und besser wirkt. Sie ist indiziert bei den Komplikationen der Blennorrhoe; bei einfacher Urethritis ist ihr Effekt noch zweifelhaft. Das Serum wirkt eminent schmerzstillend und resorbierend. Die Injektionen werden subkutan und täglich gemacht, da sie nicht schmerzhaft sind; ihre Zahl variiert in den einzelnen Fällen und hat sich namentlich nach anaphylaktischen Erscheinungen zu richten.

27. Radiumtherapie der Hypertrichosis, von C. Esdra. Verfasser hat günstige Erfolge mit Radium gemacht. Die Untersuchungen werden fortgesetzt.

28. Untersuchungen über den feineren Bau der menschlichen Epidermis in Beziehung zu ihrer Funktion der Eleidokeratinbildung, von L. Martinotti. Verfasser verfolgt in seinen Untersuchungen die Absicht, den Mechanismus der Verhornung in der normalen Haut und in ihren Anhangsgebilden zu erforschen. Die Arbeit ist zu kurzem Referate nicht geeignet. Sie bringt eine eingehende Beschreibung der verschiedenen

Digitized by Google

Methoden zur Darstellung der feinen Details der Epidermis. Die Resultate der Untersuchungen werden zum Schlusse auseinandergesetzt.

29. Neues Modell eines Diaskops, von C. Lombardo. Beschreibung des Instrumentes.

30. Pigmentation der Nägel bei einem Falle von Vitiligo, von C. Lombardo. Eine 60jährige Frau zeigte Vitiligoflecken auf den Fingerrücken; die Nägel hatten eine dunkle Pigmentierung, die teilweise mit den dunkler gefärbten Hautstellen in Zusammenhang stand. Stellenweise schienen die Nägel hellere Flecke zu haben, doch bestand dort nur die normale Färbung.

31. Histochemischer Nachweis des Quecksilbers in den Organen eines Individuums nach einer Kalomelinjektion, von C. Lombardo. Ein Patient mit Larynxstenose erhielt 0,07 Kalomel wegen Luesverdacht; 11 Tage später starb er. Verfasser fand nun in dem Glutäus dieselben Veränderungen, wie seinerzeit im Tierexperiment: das Kalomel wird teils zu metallischem Quecksilber reduziert, teils bildet sich ein anderes Produkt mit dem Eiweiß und den Salzen der Umgebung. Es erfolgt ein Zuströmen von Leukozyten und es bildet sich eine Reaktionszone im Bindegewebe. Verfasser konnte aber auch in den Nieren Quecksilber nachweisen. Das ist bemerkenswert, da der Kranke nur eine Injektion in therapeutischer Dosis erhalten hatte.

32. Die Übertragbarkeit der Allergie bei experimentellen Dermatomykosen durch Heredität und Stillen, von C. Lombardo. Die Versuche beziehen sich auf Achorion Quinckeanum, Trichophyton cerebriforme, gipseum, granulosum und asteroides. Es gelingt nicht, die durch Inokulation bei Kaninchen und Meerschweinchen hervorgerufene Allergie durch die Zeugung oder das Stillen weiter zu übertragen. Die Jungen der allergischen Tiere verhalten sich, auch in aufeinanderfolgenden Generationen, wie die normalen Kontrolltiere. Inkubation, Intensität, Dauer und Charakter der Reaktion bleibt gleich. Dabei ist es gleichgültig, ob die Allergie von den Eltern vor oder nach der Konzeption, zu Beginn oder zu Ende der Trächtigkeit oder während der Laktationsperiode erworben wurde.

33. Keratosis spinulosa des Kopfhaares und ihre Beziehungen zur Pseudopelade Brocq, von G. Piccardi. Bei der 37jährigen Patientin fand sich das Haupthaar gelichtet; stellenweise bestanden unregelmäßige, kahle, narbenähnliche, deprimierte Flecke. An anderen Stellen, wo die Haare kaum gelichtet waren, fanden sich an ihrer Basis kleine, derbe Hornkegel, die tief in den Follikel sich erstreckten und schwer zu entfernen waren. Verfasser weist besonders auf den Ausgang in pseudopeladeartige Flecke hin. Er will für die Affektion den älteren Namen Keratosis spinulosa gewahrt wissen, da einerseits der Name Keratosis follicularis schon für eine andere Affektion gebraucht wird und andererseits nicht nur die Haarfollikel, sondern auch Schweißdrüsen Stacheln bilden können.

34. Neuer Beitrag zum Studium des sogenannten Pemphigus congenitus mit Epidermiszysten, von J. Cappelli. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

35. Experimentelle Untersuchungen über die photodynamische Wirkung des Hämatoporphyrin, von F. Radaeli und A. Cevidalli. Verfasser haben Kaninchen Hämatoporphyrin unter die Ohrhaut injiziert und dann die Tiere teils dem Sonnenlicht oder künstlichem Lichte ausgesetzt, teils im Dunkeln gehalten. Die belichteten Tiere zeigten alle eine in Rötung und Schwellung der Injektionsstelle bestehende Reaktion, am intensivsten unter Sonnenlicht. Die Kontrollinjektionen sowie die im Dunkeln gehaltenen Tiere zeigten keine Reaktion. Ferner haben Verfasser weißen Ratten Hämatoporphyrin injiziert; die belichteten zeigten Rötung der Schnauze und der unbehaarten Teile der Füße; einige starben auch. Aus diesen vorläufigen Untersuchungen geht schon

Digitized by Google

hervor, daß das Hämatoporphyrin bei den Dermatosen, die an unbedeckten Körperstellen unter Einfluß des Sonnenlichts entstehen, eine große Rolle spielt.

36. Die Bierssche Saugglocke bei Alopecia areata, von Agostino Mibelli. Verfasser hat gute Erfolge mit der Bierschen Saugglocke gehabt und empfiehlt das Verfahren angelegentlich. Es zeichnet sich durch Einfachheit und Billigkeit vor anderen aus.

37. Primäraffekte an beiden inneren Augenwinkeln, von Agostino Mibelli. Bei einem 60jährigen Manne fanden sich an den inneren Augenwinkeln typische harte Schanker. Die Infektion war durch Benutzung eines Handtuches erfolgt, mit dem das Genitale der kleinen Enkelin des Patienten, die an florider Syphilis litt, gereinigt worden war. Auch die Frau des Patienten war syphilitisch infiziert worden.

38. Versuche einer heterogenen Serotherapie mit frischem Kaninchenserum bei Hautkrankheiten, von L. Tommasi. Verfasser hat frisches Kaninchenserum in Dosen von 10—20 ccm dreimal oder öfter intraglutäal bei Ekzem, Pruritus, Pemphigus usw. injiziert. Die Resultate waren wechselnd. Dennoch meint Verfasser, daß die Anwendung von Kaninchenserum oft von Nutzen sein kann, zumal bei toxischen, akuten Erkrankungen, oder bei solchen, die gegen die gebräuchlichen Methoden refraktär sind. Die Injektionen werden sehr gut vertragen und bedingen keine Gefahren.

39. Behandlung der Sklerose der Schwellkörper des Penis, von V. Montesano. Ein Patient mit einer alten, bislang übersehenen Syphilis zeigte eine typische Induratio penis plastica. Eine energische Quecksilberkur beseitigte die syphilitischen Erscheinungen, ohne aber auf die Penisaffektion einen Einfluß zu haben. Dagegen wurde diese durch eine nachfolgende Fibrolysinkur bedeutend gebessert. Verfasser meint, daß die antisyphilitische Kur nicht wirken konnte, da die Affektion schon fibrös umgewandelt war, daß sie aber den Boden für das spezifisch auf Bindegewebe wirkende Fibrolysin vorbereitete.

40. Über das staphylogene Granulom, von M. Copelli. Eine 42jährige Frau hatte links am Kinn einen zweilirestückgroßen, stark elevierten Herd mit dickem, festhaftendem, gelblichweißem Belag; unter diesem fand sich eine höckerige, leicht blutende, rote Oberfläche. Auf Druck war der Herd derb, indolent und entleerte klares Serum. In der Peripherie nur ein schmaler roter Saum. Durch verschiedene Untersuchungsmethoden wurde die Gegenwart von Staphylokokken festgestellt, denen Verfasser eine ätiologische Bedeutung zuspricht.

41. Über die Ätiologie des Pemphigus vegetans, von M. Copelli. Die Krankheit begann bei dem 49jährigen Patienten vor 3 Monaten mit abendlichem Fieber und Erosionen im Munde und am Genitale, die für syphilitisch gehalten wurden. Dann erschienen am Munde, in den Achseln, Leisten, am Rücken, Hals, Kopf, an den Lenden in ununterbrochener Folge Blasenschübe, die von Fieber begleitet waren. Bei der Aufnahme war die Mundschleimhaut erodiert, rot, nässend; an verschiedenen Stellen des Körpers fanden sich hellrote Erosionen, von mannigfacher Größe, die am Rande einen Epidermissaum, im Zentrum papillomatöse Vegetationen aufwiesen. In der Umgebung zahlreiche Blasen, mit allen Übergängen von der frischen, klaren, gespannten Blase zur schlaffen, eitrigen und dann zur geplatzten und zur Vegetationsbildung. Die größten Herde waren in den Achseln und Leisten. Im Blute geringe Eosinophilie.

Aus dem Blute wurde aber ein Mikroorganismus gezüchtet, der sich als identisch erwies mit dem zuerst von Radaeli bei Pemphigus vulgaris gefundenen Mikrobazillus. Es werden dann die Eigenschaften dieses Bazillus eingehend beschrieben. Er wurde bei verschiedenen Pemphiguskranken von einigen Verfassern in Reinkultur gewonnen; die Übertragung auf Affen und Kaninchen erzeugte eine tödliche Krankheit, die mit einer pemphigusähnlichen Eruption einherging. Verfasser glaubt daher, daß der Mikro-

Digitized by Google

bazillus der Erreger des Pemphigus chronicus ist; seine Gegenwart bei Pemphigus vegetans würde ein Beweis für die Anschauung sein, daß der Pemphigus vegetans nur eine Varietät des Pemphigus vulgaris sei.

42. Schnellkur der vereiterten Leistendrüsen, von M. Virgallita. Sobald die Drüsen eingeschmolzen sind, macht Verfasser eine kleine Inzision und entleert durch Druck den Eiter; dann wird die Abszeßhöhle mit $^1/_4{}^0/_{00}$ Sublimat durchgespült bis die Flüssigkeit klar fließt und schließlich werden 1—3 ccm $10^0/_0$ Jodoformvaselin, auf 45 bis 50^0 erhitzt, injiziert. Das Medikament erstarrt und legt sich den Wandungen an. Es folgt ein Kompressivverband und tägliche Wiederholung des Verfahrens. In einfachen Fällen tritt in 10—15 Tagen Heilung ein, bei schwereren Fällen etwas später. Verfasser hat mit dieser Methode in $80^0/_0$ Erfolg; nur in $20^0/_0$ mußte später ein anderes Verfahren angewendet werden. Jene hat den Vorzug, daß sie die Kurdauer abkürzt und dadurch billig ist, daß sie eine Sekundärinfektion vermeidet und keine Narbe macht.

43. Beitrag zur Epidemiologie der Lepra, von Angelo Lama. Verfasser ist der Überzeugung, daß Sarcopsylla penetrans einen der häufigeren Überträger der Lepra darstellt; denn so können besser als durch jedes andere Mittel die Leprabazillen zum Lymphsystem gebracht werden. Die gleiche, wenn auch weniger gefährliche Eigenschaft hat die Krätzmilbe, ebenso einige ähnliche Insekten. Deshalb muß die Prophylaxe gegen Sarcopsylla penetrans und ähnliche Insekten aufs intensivste durchgeführt werden. In Norwegen wird durch dieselbe Prophylaxe wie gegen Krätze, Isolierung der Betten und Desinfektion der Kleider, auch eine Verminderung der Leprafälle herbeigeführt.

44. Ein Fall von Myositis blennorrhagica, von J. Cappelli. Ein 24jähriger Blennorrhoiker erhielt einen Schlag auf die Schulter und den linken Arm; bald darauf trat eine starke, äußerst schmerzhafte Schwellung ein. Diese wurde durch die gewöhnlichen Methoden nicht beeinflußt, und es mußte sogar zu Narkotizis gegriffen werden. Bei der Aufnahme fanden sich die Gelenke intakt. Verfasser nahm eine Myositis an; Heilung durch Gonokokkenvakzine.

45. Fall von Hydroa vacciniforme mit Hämatoporphyrinurie und Hypertrichosis, von J. Cappelli. Der Titel sagt das Wesentliche.

Richard Frühwald-Leipzig.

Clinica Dermosifilopatica della Ra. Università di Roma.

Mai 1914.

1. Nochmals das Sporozoon des Molluscum contagiosum, von Campana. Diskussionsbemerkung zu dem von della Favera in der ital. dermatolog. Gesellschaft vorgestellten Falle von Blastomykose. Campana ist der Ansicht, daß ein durch Intensität und Lokalisation ausgezeichneter Fall von Molluscum contagiosum vorliegt, da er in Schnitten wie in Kulturen dieselben Körperchen wie bei diesem gesehen hat. Campana glaubt, daß die Amerikaner Gebilde für Blastomyzeten ansehen, die in Italien für Sporozoen gehalten werden.

2. Einige Eigentümlichkeiten der Wirkungsweise des Salvarsans auf Syphilitiker und auf tierische Gewebe, von Paolo Alessi. Salvarsan hilft überall, wo es angewendet wird, ausgenommen bei Kranken mit Affektionen des Nervensystems oder mit Stoffwechselstörungen. Diese Tatsachen sind im Einklange mit den experimentellen Erfahrungen, da bei Tieren dieselbe Wirkung des Medikamentes gefunden wurde. Sowohl bei totem wie bei lebendem Gewebe ist seine Wirkungsweise etwas verschieden von der anorganischer Arsensalze.

3. Über die Schutzimpfung gegen Typhus, von R. Campana. Verfasser spricht sich bewundernd über die Versuche einer Schutzimpfung gegen Typhus aus, die im

Digitized by Google

tripolitanischen Kriege gemacht wurden und gute Resultate ergaben. Natürlich darf man sich nunmehr bei der Typhusprophylaxe nicht bloß auf die Impfung verlassen.

4. Einige Alterationen der Haut und anderer Organe, ihrer Morphologie und dem Verlaufe nach studiert und beschrieben, von Tito Costa di Gioacchino. Zu kurzem Referat nicht geeignet.

5. Tuberkulöses Fieber, von Campana. Ausführliche Darlegung der Einzelheiten des tuberkulösen Fiebers. Richard Frühwald-Leipzig.

Zeitschrift für Urologie.

Bd. 8, H. 8.

Beiträge zur Kenntnis und Behandlung der Wanderniere, von W. V. Simon-Berlin. Eine Wanderniere ist nach Simon vorhanden, wenn eine größerer Teil der Niere zu fühlen ist und diese sich allseitig leicht verschieben läßt. Der Verfasser teilt die ausführlichen Krankengeschichten von 48 Fällen mit, 8 davon waren Männer, nur drei hatten linkseitige Wandernieren. Ätiologisch ließen sich in 12 Fällen Traumen nachweisen, sonst war die Ätiologie ungeklärt. Die Erkrankung braucht nicht immer Beschwerden hervorzurufen; wenn solche vorhanden, so bestanden sie in dumpfen, spontanen und Druckschmerzen, sehr häufig in Magen- und dyspeptischen Beschwerden, ebensooft wurden Einklemmungskoliken mit Schüttelfrost und Fieber beobachtet. Fast immer bestanden Urinbeschwerden hierbei und in den Fällen von intermittierender Hydronephrose: nämlich Harndrang und Brennen in der Urethra. Spuren von Eiweiß und Leukozyten, hyaline Zylinder, Erythrozyten resp. blutiger Urin wurden einige Male gefunden. Ptosen anderer Bauchorgane waren nicht selten. Koinzidenz mit Appendizitis bestand zweimal. Nervöse oder psychische Komplikationen kamen sehr häufig vor. Da die bisherigen Operationsresultate (Nephropexie) keine sehr günstigen sind, denn meist mußten die Patienten auch weiter Bandagen tragen und hatten Beschwerden, so verlangt Simon, daß nur dann operiert werden dürfe, wenn alle konservativen Maßnahmen, wie Binden, Mastkuren erfolglos waren und wenn andere Ursachen der Beschwerden, besonders Hysterie und Neurasthenien, ausgeschlossen seien.

Ein Fall von ungewöhnlich großen Uretersteinen, von P. A. Specklin-Straßburg. Verfasser entfernte durch Operation einen ca. 51 g schweren, ca. 12 cm langen, bogenförmigen Ureterstein.

Über einen Fall von Ureterkarzinom, von O. M. Chiari-Innsbruck. Das erste Symptom der Erkrankung bei der 54 jährigen Patientin war zweimaliger plötzlicher Blutabgang mit dem Urin. Die Diagnose wurde zystoskopisch gestellt: die Blase, beide Ureterenmündungen und die rechte Niere waren normal, links im Ureter fand sich nach ca. 8 cm ein Widerstand, es entleerte sich nur etwas Blut, aber kein Urin, auch Indigokarmin wurde links überhaupt nicht ausgeschieden. Die Abmagerung der Patientin ließ malignes Neoplasma vermuten. Bei der Operation fand sich eine nußgroße isolierte Anschwellung am Ureter, dieser sowie die etwas derbe, aber sonst makroskopisch normale Niere wurden exstirpiert. Histologisch erwies sich der Tumor als ein papilläres Karzinom. Chiari bemerkt hierzu, daß papilläre Wucherungen der Schleimhaut, die als Folge chronischer Entzündungen aufzutreten pflegen, die Veranlassung der malignen Neubildungen seien. Ob den dabei oft gefundenen Harnkonkrementen eine ursächliche Bedeutung beizumessen ist, ist unentschieden, aber wahrscheinlich. Da nach der vorliegenden Literatur die Ureterenkarzinome Neigung zu raschem Wachstum und ausgedehnten Metastasenbildungen zeigen, ist die Prognose abhängig von der Frühdiagnose, die durch den Ureterkatheterismus möglich ist.

Digitized by Google

Bd. 8, H. 9.

Pyelitis gravidarum, von K. Franz. Die Pyelitis in der Schwangerschaft betrifft bei weitem am häufigsten Erstgebärende, sie fällt meist in den 5. bis 8. Monat und ergreift ganz überwiegend die rechte Seite. Eine Disposition für das Zustandekommen einer Pyelitis wird immer durch eine Harnstauung geschaffen, deren Vorhandensein der Verfasser bei zahlreichen Schwangeren, besonders rechts, wahrgenommen hat. Eine einwandfreie Erklärung für ihre Entstehung gibt es zurzeit nicht. Als Infektionserreger kommt nur das Bacterium coli in Betracht. Für die Annahme, daß es durch Aszension in das Nierenbecken gelangt, spricht nicht viel, eher ist anzunehmen, daß dies durch die Lymphbahnen, und zwar direkt vom Darm aus, geschieht, selten auch auf dem Blutwege, nämlich wenn Bakterien anderer Erkrankungen (Angina, Pneumonie) die Pyelitis verursachen. Die Symptome der Pyelitis sind zunächst hohes Fieber von remittierendem Typus ohne stärkere Störung des Allgemeinbefindens, ferner Schmerzen, die sich oft über den ganzen Leib erstrecken oder vorwiegend nach dem Becken zu ausstrahlen, so daß häufig Appendizitis vermutet wird; Koliken hat Franz nicht beobachtet. Dagegen fehlt bei der Betastung eine Schmerzhaftigkeit der kranken Nierengegend nie. Der Urin braucht anfangs nicht immer eitrig getrübt zu sein, bisweilen ist er ganz klar, aber im Sediment sind auch dann Leukozyten und Bakterien nachweisbar. Eiweiß ist oft nur in Spuren vorhanden. Der Verlauf der Erkrankung ist günstig, ihr Einfluß auf die Schwangerschaft ist gering. Die Behandlung besteht in Bettruhe, Urindesinfizientien und reichlich Flüssigkeitszufuhr. Nur selten sind Katheterismus des Nierenbeckens oder Nierenbeckenspülungen, die Franz mit $^1/_2$—$1\,\%$iger Wasserstoffsuperoxydlösung macht, erforderlich, wobei gewöhnlich das Fieber sofort abfällt.

Experimentelle Beobachtungen über den Sekretionsdruck der Nieren, von Hammesfahr-Berlin. Die Untersuchungen, die an dem retroperitoneal freigelegten und aus der Operationswunde herausgeleiteten proximalen Ende des durchschnittenen Ureters bei Hunden vorgenommen wurden, ergaben, daß der Druck 2—3 Stunden lang steigt und dann mehr oder weniger schnell fällt. H. nimmt an, daß eine aktive Resorption der Niere hierbei eintritt. Auch bei Pyelonephritis und bei künstlicher Entzündung nach Vergiftung verminderte sich der Sekretionsdruck. Diuretika erzeugten eine verhältnismäßig geringe und schnell vorübergehende Drucksteigerung; nach kurzdauernder Stauung aber trat eine ganz erhebliche reaktive Polyurie auf.

Über die normalen Verhältnisse des Blasensphinkters und seine Veränderung nach Prostatektomie, von A. Heyman-New York. Verfasser suchte die Frage, welcher Muskel unter normalen und krankhaften Verhältnissen den Verschluß der männlichen Blase bewirkt, durch Röntgenaufnahmen der mit $5\,\%$iger Kollargollösung gefüllten Blase zu lösen: Sowohl bei normalen Blasen als auch bei Prostatahypertrophie zeigte sich bei allen Füllungsgraden der Blasenboden glatt, die Harnröhre war deutlich abgesetzt, es mußte also der Sphincter internus als die eigentliche Blasenschließmuskel angenommen werden. Bei prostatektomierten Fällen war unter der Blase eine der entfernten Prostata entsprechende, mit dem Blasenkavum kommunizierende Höhlung, so daß also hier der Blasenverschluß erst durch den Sphincter externus, den „Compressor urethrae", besorgt wurde. Hermann Boehme-Leipzig.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1914, H. 5.

Beitrag zur Bekämpfung der Blennorrhoe im japanischen Heere, speziell über die Wichtigkeit der Untersuchung der Tripperfäden, von Tatsuo Eguchi. Der japanische Oberstabsarzt bespricht Tatsachen der Tripperdiagnose und -therapie, die für uns ganz selbstverständlich sind.

Digitized by Google

Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung, von W. Haberling. (Fortsetzung.) Es werden die zur Bekämpfung des Dirnenwesens im 16. Jahrhundert in Deutschland, Holland, Frankreich und Belgien angewendeten Mittel mitgeteilt.

1914, H. 6.

Die Gefahren der Syphilis für die Gesellschaft und die Frage der Staatskontrolle, von A. Blaschko. Bl. erörtert die Maßnahmen, die zur Unschädlichmachung der Hauptquelle der Geschlechtskrankheiten, der Prostitution, bisher ergriffen worden sind und ihre Erfolge. Er ist von der vollkommenen Nutzlosigkeit der Reglementierung überzeugt, er ist aber auch andererseits überzeugt, daß die abolitionistischen Bestrebungen hier nicht imstande sind, wirksame Abhilfe zu schaffen. Er schlägt vor, daß von den kommunalen Verwaltungen leichte Gelegenheiten zur unentgeltlichen Behandlung der Erkrankten geschaffen werden und durch ärztliche Bescheinigung ihre Durchführung bis zur Heilung kontrolliert werden sollen. Bl. formuliert die Bestimmungen, die etwa zur Durchführung dieser Maßnahmen getroffen werden müßten, in Form von Gesetzesparagraphen, die ohne Androhung von Strafen doch der Polizei genügende Mittel in die Hand geben, ihre Durchführung zu gewährleisten.

Über die durch Syphilis bedingte Mortalität, von Lereddé-Paris. L. hat an der Hand von Statistiken der Stadt Paris berechnet, daß die Sterblichkeit an Lues die höchste aller Krankheiten mit Ausnahme der Tuberkulose ist. Er beklagt, daß die Kenntnis dieser Tatsache unter den Ärzten zu wenig bekannt sei, da gerade diese Krankheit besonders leicht unterdrückt werden könnte. Die Folge des Verhaltens der Ärzte seien ganz falsche Ansichten im Publikum. Als absolute Zahl gibt er an, daß jährlich 25000 Menschen in Frankreich an Lues zugrunde gingen.

Einige allgemeine Grundsätze über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Carle-Lyon. Zu dem genannten Thema macht C. Vorschläge, die eine Einigung zwischen Abolitionisten und Reglementaristen bezwecken. Sie gipfeln in dem Wunsche, daß vor allem genügende, leicht erreichbare Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen seien und daß die drei hierbei in Frage kommenden Instanzen, Polizei, Justiz und Ärzte, unter gehöriger Abgrenzung ihrer Wirkungskreise zur erfolgreichen Durchführung der nötigen Maßregeln das ihrige beizutragen hätten.

1914, H. 8/9.

Reglementierung und Zwangsbehandlung der Prostituierten, von Max Flesch-Frankfurt a. M. Die sehr umfangreichen Ausführungen verteidigen zunächst die Berechtigung der Zwangsbehandlung in jeder Wissenschaft einwandfreien Form, ohne Rücksicht auf persönliche Ansichten der Erkrankten. Die zurzeit bestehenden Unzulänglichkeiten bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten glaubt Verfasser am besten dadurch beseitigen zu können, daß er hier das bei anderen Seuchen geübte Verfahren der Zwangsmeldung in einer der Eigenart der Erkrankungen angepaßten Form empfiehlt.

Die Gefahren der Syphilis für die Allgemeinheit und die Frage der staatlichen Kontrolle, von Gaucher und Gougerot-Paris.

Die Gefahren der Syphilis für den Staat und die Frage der Staatskontrolle, von H. C. French. Der Bericht bezieht sich vor allem auf die in Indien und auf Malta in der englischen Armee gemachten Erfahrungen, die seit der Einführung geregelter Vorschriften eine Abnahme der Geschlechtskrankheiten erkennen lassen.

Bemerkung zu dem Aufsatz von Dr. Tatsuo Eguchi: Beitrag zur Bekämpfung der Blennorrhoe im japanischen Heere, speziell über die Wichtigkeit der Untersuchung der Tripperfäden, von Max Flesch.

Digitized by Google

Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung, von W. Haberling. (Fortsetzung.) Beschreibung des Dirnenwesens und der dagegen ergriffenen Maßregeln im und nach dem Dreißigjährigen Kriege. Hermann Boehme-Leipzig.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

15. Juli 1914, Bd. 6, Nr. 1.

1. Anurie aus unbekannter Ursache, von P. Bazy. Ein 73jähriger Mann hatte wiederholt an Nierenkoliken gelitten; nach einer besonders heftigen der linken Seite trat absolute Anurie ein. Die Röntgenuntersuchung ergab im kleinen Becken einige Schatten, deren einer als ein Stein im unteren Ureter und als Ursache der Anurie angesehen wurde. Da die Einführung der Uretersonde mißlang, wurde operativ im kleinen Becken eingegangen. Es fand sich ein dickes, wurmförmiges Gebilde, das erst für die Vena iliaca gehalten, dann aber als der dilatierte und anormal verlaufende linke Ureter erkannt wurde. Bei der Sondierung nach aufwärts und abwärts wurde kein Stein gefühlt. Die Operation wurde gut überstanden und auch die Miktion stellte sich wieder ein. Verfasser nahm an, daß durch die Manipulationen am Ureter der Stein in die Blase gestoßen worden sei. Zu seinem Erstaunen wurde aber weder ein Stein bei der Miktion ausgestoßen, noch wurde einer mit dem Zystoskop in der Blase entdeckt; dazu ergab die Durchleuchtung wieder dieselben Schatten, wenn auch in ihrer Lage etwas verändert. Die Einführung einer röntgenundurchlässigen Sonde zeigte den extraureteralen Sitz der Schatten. Verfasser nimmt an, daß hier sogenannte falsche Uretersteine vorlagen; wahrscheinlich sind es Phlebolithen der Blasenwand, Überreste früherer entzündlicher Prozesse. Die Anurie erklärt sich Verfasser folgendermaßen: Durch die wiederholten Koliken infolge eines Uretersteines wurde der Ureter allmählich dilatiert und etwas verlängert; dadurch kam eine Knickung zustande, die schließlich die Anurie bedingte.

Nicht lange nachher hatte Bazy Gelegenheit, einen ähnlichen Fall zu beobachten. Ein Mann wurde im Anschluß an eine Nierenkolik von Anurie befallen, die Durchleuchtung ergab einen Schatten im kleinen Becken, der an „falsche Steine" denken ließ. Dennoch wurde im Becken eingegangen, es fand sich aber der Ureter normal, ein Stein wurde nicht gefunden. Verfasser nahm nun die Dekapsulation der Niere vor, worauf sich prompt die Harnsekretion wieder einstellte. Bald wurde der Kranke aber wieder anurisch und starb im Koma. Verfasser bespricht noch die Diagnose der falschen Steine und rät, bei dieser Diagnose im kleinen Becken einzugehen; denn die falschen Steine sind Überreste früherer Entzündungen, die Veränderungen am Ureter und dann die Anurie hervorrufen können.

2. Der erworbene Harnrückfluß durch den Ureter, von O. Pasteau. Verfasser berichtet über einen Patienten mit rechtsseitiger Nierentuberkulose und tuberkulöser Zystitis, bei dem die rechte Uretermündung in einer Ulzeration lag, die linke zwar in normaler Umgebung, aber selbst klaffend war. Bei der Zystoskopie konnte nun deutlich der Rückfluß des Urins in den linken Ureter beobachtet werden. Drei Wochen nach der Nephrektomie zeigte sich bei der Zystoskopie die linke Uretermündung normal, nicht klaffend, ein Rückfluß fand nicht statt. Aus dieser Beobachtung ergibt sich also, daß nicht nur dauernde Zerstörung oder Sklerosierung der Uretermündung den Rückfluß verursachen kann; es können auch vorübergehende Ursachen ein Klaffen der Mündung und dadurch den Rückfluß bewirken. Die Kenntnis des Rückflusses ist sehr wichtig. Einerseits kann durch ihn eine Infektion der gesunden Seite erfolgen, andererseits kann er Irrtümer des Ureterkatheterismus hervorrufen.

3. Urinabszeß bei der Frau, von P. Hérésco und M. Cealic. Verfasser führen an der Hand von vier Beispielen aus, daß die Urinabszesse bei der Frau den bei Männern

Digitized by Google

beobachteten völlig entsprechen. Sie wurden bis jetzt meist fälschlich als „suburethrale Abszesse" beschrieben. Es ist jedoch sicher, daß sie stets urethralen Ursprung haben, wenn auch nicht geleugnet werden soll, daß auch periurethrale Drüsen zu Abszessen führen können. Die Urinabszesse können wie beim Manne zur Phlegmone und Urininfiltration oder zur Fistelbildung führen. Die Abszesse verursachen Schmerzen, Miktionsbeschwerden und ein Fremdkörpergefühl in der Vagina; bei der Palpation findet sich ein dolenter, geröteter, fluktuierender Knoten, auf Druck kommt Eiter aus der Urethra. Die Therapie besteht in Inzision.

4. Beitrag zum Studium der Blasensyphilis, von G. Gayet und Favre. Während früher die Blasensyphilis fast unbekannt war, haben sich in den letzten 15 Jahren infolge der Einführung der Zystoskopie die Beobachtungen gehäuft. Verfasser glauben, daß die Affektion gar nicht selten sei. Die Symptome der Blasensyphilis sind Pollakiurie und besonders Hämaturie; die letztere tritt plötzlich auf, ist profus, wiederholt sich fast bei jeder Miktion, wird durch lokale Behandlung nicht beeinflußt; sie erinnert an die Hämaturie bei Neoplasmen. Zystoskopisch findet man im Beginne an einer scharf umschriebenen, meist nahe dem Blasenhalse gelegenen Stelle Rötung, Ödem, Falten und Unebenheiten; die Stelle hebt sich scharf von der normalen oder blassen Schleimhaut ab. In einem späteren Stadium entstehen auf dem Blasenboden Erhebungen, die Gehirnwindungen nachahmen; sie sind hochgradig iniziert, fast bläulichrot. An der Grenze der Affektion sieht man zahlreiche warzen- oder papillomartige Gebilde, stellenweise kleine, oberflächliche Ulzerationen. Manchmal bilden sich Tumoren. Bei noch weiter vorgeschrittenen Fällen finden sich große, isolierte oder multiple Ulzerationen mit kreisrundem, infiltriertem Rande und eitrig belegtem Grunde. Die Patienten haben oft keine anderweitigen syphilitischen Symptome, oft sind es aber Tabiker; bei diesen wird dann das klinische Bild durch Sekundärinfektionen verwischt. Durch spezifische Behandlung verschwindet die Hämaturie rapid und zystoskopisch läßt sich die Retrogression der Läsionen verfolgen. Verfasser bringen drei eigene Beobachtungen; im ersten Falle fanden sich Ulzerationen, im zweiten Schwellung und Tumorbildung des Blasenbodens, im dritten Rötung des Trigonums.

5. Wiederherstellung der Blase nach dem Verfahren von Heitz Boyer-Hovelacque, von Raymond Grégoire. Eine 50jährige Geisteskranke kam wegen Harninkontinenz zur Behandlung; es fand sich ein großer Defekt, der die untere Blasenwand und fast die ganze Harnröhre betraf, durch den die vordere Blasenwand sich vorstülpte. Da eine Schließung des Defektes unmöglich war, wurde an die Bildung einer neuen Blase geschritten. Das Rektum wurde in der Höhe des zweiten Lendenwirbels durchtrennt, der untere Teil mit Serosa überdeckt und in ihn die beiden Ureteren implantiert. Dann wurde der Sphinkter an der Hinterseite isoliert und das obere Stück des durchtrennten Rektums durch einen Schlitz in der Muskulatur durchgezogen und fixiert. In der Folgezeit stieß sich ein nekrotisches Darmstück ab. Die Patientin war hinsichtlich des Stuhles völlig kontinent, doch verlor sie immer noch den Urin.

Verfasser bespricht dann noch technische Einzelheiten der Methode. Wenn es auch noch in keinem Falle gelungen ist, völlige Harnkontinenz herbeizuführen, so bedeutet die Operation doch einen großen Fortschritt. In geeigneten Fällen ist es nicht notwendig, mehrzeitig zu operieren. Die größte Schwierigkeit bereitet immer das Herabziehen des Darmes in einem normalen Becken.

6. Rechtsseitige Nierentuberkulose, schlechte Konstante, Nephrektomie, Heilung, von Rafin-Lyon. Bei dem 30jährigen Patienten bestand eine weit fortgeschrittene rechtsseitige Nierentuberkulose (Vergrößerung des Organs, starke Pyurie), während die linke Niere völlig klaren Urin entleerte, in dem nur einige Eiterkörperchen auf minimale

Digitized by Google

Läsionen hinwiesen. Die Harnstoffkonstante betrug 0.32. Obwohl bei einer Konstante über 0,2 Operationen mit Allgemeinnarkose kontraindiziert sind, schienen dem Verfasser in diesem Falle die Chancen doch so günstig, daß er die linke Niere entfernte. Der Erfolg gab ihm recht; die Blasenbeschwerden und die Bazillen verschwanden rasch, der Kranke erholte sich vortrefflich, die Konstante sank auf 0,07. Der Fall spricht also dafür, daß in Fällen, wo der Urin einer Seite völlig normal ist, doch operiert werden soll, wenn auch die Konstante dagegen spricht.

7. Pyelonephritis in der Schwangerschaft mit Ureterenkatheterismus behandelt, von V. Hourtoule. Eine 25jährige Gravide im 4. Monate wurde plötzlich von heftigen Schmerzen in der rechten Bauchseite, Erbrechen usw. befallen, so daß man an Appendizitis denken mußte; die Untersuchung machte aber eine Affektion der Niere wahrscheinlich. Die Sondierung des rechten Ureters ergab auch 30 ccm eitrigen Urin; durch wiederholte Sondierung und Nierenbeckenspülung wurde der schwere Zustand der Patientin rasch behoben, so daß sie bald das Krankenhaus verlassen konnte. Nach einiger Zeit kamen die Beschwerden wieder, wurden aber wieder auf dieselbe Weise behoben. Die Frau blieb nun im Krankenhause und es wurde alle 8—10 Tage, sowie bei jeder Temperatursteigerung eine Uretersondierung und Nierenbeckenspülung vorgenommen. Mehrere Monate nach der Entbindung war die Frau gesund; dann stellten sich aber in der rechten Nierengegend dumpfe Schmerzen ein, weshalb die Niere entfernt wurde. Sie fand sich klein, höckerig, in fibro-skleröser Umwandlung (analog dem Keloid). Der Fall zeigt den Wert des Ureterkatheterismus.

8. Modifikation der Technik der perinealen Prostatektomie bei Prostatakrebs, von R. Proust. Technische Einzelheiten, die im Originale nachgelesen werden müssen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Revue Belge d'Urologie et de Dermato-Syphiligraphie.

1914, 3. Jahrg., Nr. 6.

1. Die Lumbalpunktion ist unumgänglich bei der Syphilisbehandlung, von Robert Duhot. Verfasser erörtert die Notwendigkeit, bei jedem Syphilitiker die Lumbalpunktion vorzunehmen und den Liquor auf Wassermann, Lymphozytose und Eiweißvermehrung zu untersuchen. Die syphilitischen Affektionen des Zentralnervensystems werden am besten durch intralumbale Injektion von Neosalvarsan behandelt. Verfasser stellt sich zu diesem Zwecke eine Neosalvarsanlösung her, die zu einem ccm soviel mg Neosalvarsan enthält, als injiziert werden soll. Dann aspiriert er mit der Spritze 9 ccm Liquor, mischt sie mit 1 ccm Lösung und injiziert dann, nachdem etwa 10 Tropfen Liquor abgelassen wurden. Die Dosis beträgt 2—6 mg alle zwei Wochen. Nach der Injektion sind zwei Tage der Ruhe notwendig; üble Folgen hat der Verfasser noch nicht gesehen.

2. Die kombinierte Arsenbehandlung der Syphilis, von Robert Duhot. Verfasser ist gegen die Kombination von Salvarsan mit Quecksilber, da letzteres zu wenig wirksam sei. Er kombiniert Neosalvarsan mit Salvarsan, indem er auf mehrere Neosalvarsaninjektionen eine kräftige Dosis Salvarsan folgen läßt. Salvarsan bildet als unlösliches Salz Depots im Organismus, die nachwirken, während Neosalvarsan rasch ausgeschieden wird. Letzteres wird in konzentrierter, ersteres in diluierter Lösung injiziert.

3. Liquor cerebrospinalis und Syphilis, von Dind. Der Artikel wird fortgesetzt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Eine Methode der schnellsten Darstellung absolut steriler Kochsalzlösungen für Injektionszwecke, speziell für Salvarsaninjektionen, von K. Taege-Freiburg i. Br. (M. m. W., 1914, Nr. 24.) Zur Herstellung einer sterilen NaCl-Lösung verwendet Verfasser seit $2^1/_2$ Jahren, einem sehr glücklichen Gedanken folgend, den Weg der chemischen Zusammensetzung, indem er einer 2%igen Salzsäurelösung Natronlauge bis zur Sättigung zusetzt, entsprechend der chemischen Gleichung:

$$HCl\,(36{,}5) + NaOH = NaCl\,(58{,}5) + H_2O.$$

Nach ausgiebigen bakteriologischen Versuchen hat es sich ergeben, daß ein Zusatz von 2% HCl schon in der Kälte alle in Betracht kommenden Bakterien (bis zu Milzbrandsporen) vernichtet. Der größeren Sicherheit wegen wird aber das zu verwendende Wasser zum Kochen gebracht. Die praktische Verwendung gestaltet sich so, daß man etwa in der Privatpraxis ein beliebiges Gefäß mit einigen Tropfen unverdünnter Salzsäure auswischt und dann 2,5 g Salzsäure der Pharmokopöe hineingibt; darauf wird das entsprechende Quantum kochendes Wasser (100 ccm) hinzugefügt, worauf man mit Natronlauge, eventuell mit Soda, unter Benutzung von Phenolphthalein absättigt. Es ergibt sich auf diese Weise eine 1%ige NaCl-Lösung. Man wird in der Klinik zweckmäßigerweise die unbegrenzt haltbare Salzsäurelösung vorrätig halten und erst im Moment des Verbrauchs die Sättigung mit NaOH vornehmen. Für die Verabreichung von Salvarsan ist es besonders vorteilhaft, das Medikament zunächst in dem Salzsäurewasser, das der Sicherheit halber unmittelbar vor dem Gebrauch noch einmal aufgekocht und auf Handwärme abgekühlt wird, aufzulösen, was innerhalb einer Minute erledigt ist, und dann tropfenweise Natronlauge bis eben zum Vergehen der entstehenden Trübung zugesetzt. Jedes beliebige Leitungswasser ist hierbei zu verwenden; enthält dasselbe aber viel Kalzium, Eisen, Mangan oder Magnesium, so müssen diese Salze erst entfernt werden.

Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Während des Krieges hält die **Berliner Dermatologische Gesellschaft** keine Sitzungen und überweist die angemeldeten Vorträge der Berliner medizinischen Gesellschaft.

Am 1. und 2. Juli fand in Siena der V. Kongreß der **Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani** unter dem Vorsitze von Prof. Giovanni Pini-Bologna statt. — Ort des nächsten Kongresses ist Venedig.

Dr. Ernst R. W. Frank in Berlin wurde zum Ehrenmitgliede der American Urological Association gewählt.

Der Neurologe Prof. Albert Eulenburg-Berlin, einer der Mitbegründer der Sexualwissenschaft, feierte am 11. November sein 50jähriges Dozentenjubiläum.

Prof. Karl Zieler, Vorstand der dermatologischen Klinik in Würzburg, hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

28. November 1914 | Nr. 48 | Band 59

Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Über die Infektiosität des Blutes im latenten Stadium der erworbenen Syphilis.

Von

Privatdozent Dr. Richard Frühwald, Assistent der Klinik.

Die Syphilis hat in ihrem Gesamtverlaufe ein ganz eigenartiges Gepräge, zu dem sich kein Analogon bei anderen Infektionskrankheiten findet: Nach dem durch Therapie oder spontan erfolgten Verschwinden des Primäraffektes und des ersten Exanthems folgen durch mehrere Jahre hindurch in mehr oder weniger regelmäßigen Zwischenräumen neue Eruptionen, die klinisch durch gewisse Eigentümlichkeiten (orbikuläre Anordnung, zirkumskripte Lokalisation) charakterisiert sind, bis schließlich die Krankheit erlischt oder in das tertiäre Stadium übergeht oder eine der bekannten Folgekrankheiten hervorruft. In den zwischen den einzelnen Eruptionen liegenden Zeiträumen verrät bei eingehendster Untersuchung meist nichts die syphilitische Infektion. Dieser Zeitraum, das sogenannte latente Stadium, ist wohl das merkwürdigste und interessanteste Moment in der Syphilispathologie.

Da mußte denn seit jeher die Frage auftauchen: Wo befinden sich denn die Syphiliserreger im Stadium der Latenz? Die Beantwortung dieser Frage erscheint um so wichtiger, als es vereinzelte Fälle gibt, die darauf hinzuweisen scheinen, daß das latente Stadium doch nicht stets so harmlos sein mag, wie man bisher annahm, sondern daß auch Infektionen durch Latentsyphilitische erfolgen können. Fournier (1) führt in seiner „Syphilis vaccinale" Beispiele dafür an, daß latentsyphilitische Kinder, die bei genauester Untersuchung kein florides Symptom aufwiesen, dennoch durch die Lymphe Syphilis übertrugen. In jüngster Zeit hat Max Müller (2) die Infektionsmöglichkeit der latenten Syphilis betont. Er zitiert einen Fall von Finger, der einen Arzt betraf, der mit einer Prostituierten am selben Tage verkehrt hatte, an dem sie aus der Neumannschen Klinik als „geheilt" bzw. latentsyphilitisch entlassen worden war. Sie war von Neumann, von Finger und vom Polizeiarzte eingehend untersucht und für gesund erklärt worden. Trotzdem ent-

Digitized by Google

wickelte sich bei dem genannten Arzte eine typische Sklerose mit Sekundärerscheinungen. Müller berichtet auch über ähnliche Fälle aus der eigenen Erfahrung.

Die Frage nach dem Verweilen des Syphiliserregers hängt eng zusammen mit der Frage der Pathogenese der Syphilisrezidive. Ich hoffe, auf diese in einer späteren Arbeit eingehen zu können; hier will ich nur erwähnen, daß man die Rezidive durch neuerliche Disseminierung des Virus oder durch Wiederaufleben in loco zurückgebliebenen Virus oder durch Kombination beider Modi entstanden annimmt. Die Entdeckung der Spirochaeta pallida sowie der Tiersyphilis haben für die genannten Forschungen neue Anhaltspunkte gebracht. Besonders haben die von Uhlenhuth und Mulzer (3, 4) inaugurierten Kaninchenimpfungen mit Körperflüssigkeiten wertvolle Befunde zutage gefördert. So fanden die beiden Autoren die Milch von zwei Frauen infektiös, die ein erbsyphilitisches Kind geboren hatten, aber selbst nur positiven Wassermann und keine manifesten klinischen Symptome aufwiesen. Auch Arzt und Kerl (5) verimpften mit positivem Erfolge die Milch einer Graviden im 8. Monate, die 5 Jahre vorher wegen Exanthem und Papeln eine Quecksilberkur durchgemacht, jetzt aber nur positiven Wassermann hatte.

Die Untersuchungen über die Infektiosität des Blutes Syphilitischer haben ergeben, daß viel öfter als man bisher angenommen hatte, Spirochäten im Blute kreisen. Es war daher naheliegend zu erforschen, ob auch im Blute Latentsyphilitischer sich Spirochäten finden. Dieser Frage ist die vorliegende Arbeit gewidmet; es sollen alle bisherigen hierhergehörigen Befunde zusammengefaßt werden.

Zunächst will ich festlegen, was ich unter „Latentsyphilitischen" verstanden habe; ich rechne zu diesen Personen mit sicher überstandener syphilitischer Infektion, die bei eingehendster (spezialärztlicher) Untersuchung an keiner dem Auge ohne weiteres zugänglichen Stelle irgend ein florides syphilitisches Symptom aufweisen. Ohne Rücksicht auf die Wassermannsche Reaktion; natürlich wenn man die positive Wassermannsche Reaktion als ein Symptom der Syphilis aufweist, dann wird der Kreis der latenten Syphilitiker noch um 50—60% eingeengt. Es kam aber hier vor allem auf die rein klinische Latenz an.

Zuerst bringe ich meine Protokolle; dazu bemerke ich, daß ich nur von solchen Kranken das Blut verimpfte, die vorher einmal wegen Syphilis bei uns in klinischer Behandlung gestanden hatten, deren Latenz also völlig einwandfrei war.

1. Pat. O. R., 23j. Maler. Januar 1912 Sklerose. Eine Salvarsaninfusion. November 1912 Gonorrhoe. Wassermann schwach +. Krankheitsdauer 11 Monate.

Digitized by Google

21. XI. 1912: Je 2 ccm Blut den K. 119 und 120 in beide Hoden. K. 120 +. K. 119 durch 1 Jahr und 7 Monate ohne Erscheinungen.

2. Pat. M. F., 24j. Arbeiter. August 1912 Sclerosis in sulco coron. Exanthema maculopapulosum. 2 × 0,75 Salvarsan. Dezember 1912 Ulcera mollia, Bubo ing. sin. Wassermann —. Krankheitsdauer 7 Monate.

13. I. 1913: Je 2 ccm Blut den K. 131, 132, 133 in beide Hoden. K. 131 und 133 +, K. 132 durch $1^1/_2$ Jahre ohne Erscheinungen.

3. Pat. K. Z., 31j. Maurer. April 1912 Schanker und Ausschlag. Mit 5 intraglut. Injektionen behandelt. Juli 1912 Sclerosis fere sanata, Papulae ad mucosam oris. 2 × 0,75 Neosalvarsan. März 1913 Gonorrhoe. Wassermann +. Krankheitsdauer ca. 1 Jahr.

11. III. 1913: Je 2 ccm Blut den K. 81 und 115 in beide Hoden. K. 81 durch 1 Jahr 4 Monate ohne Erscheinungen. K. 115 30. VI. 1913: Im rechten Hoden unten ein etwa haselnußgroßer Knoten, oben ein etwa kirschkerngroßer höckeriger Knoten; in beiden: Sp. p. (Dunkelfeld) ++.

4. Pat. M. F., 23j. Prostituierte. September 1913 Exanthema papulosum, Papulae ad lab. min. 2 × 06, 1 × 0,7 Neosalvarsan. 10. XI. 1913 Gonorrhoe. Wassermann —. Krankheitsdauer ca. $^1/_2$ Jahr.

20. XI. 1913: Je 2 ccm Blut den K. 178 und 179 in beide Hoden. Beide Tiere durch 8 Monate ohne Erscheinungen.

5. Pat. L. F., 28j. Prostituierte. Juni 1907 Sclerosis ad lab. mai. sin. 36 Inunktionen. November 1907 Papulae ad genitale et anum. 12 Injektionen Hg cyan. Mai 1908 Papulae ad anum. Inunktionskur. 13. XI. 1913 Gonorrhoe. Wassermann +. Krankheitsdauer $6^1/_2$ Jahre.

20. XI. 1913: Je 2 ccm Blut den K. 180 und 181 in beide Hoden. Beide Tiere durch 8 Monate ohne Erscheinungen.

6. Pat. F. R., 27j. Prostituierte. November 1912 Exanthema papulosum; Papulae ad lab. min. 2 × 0,6 Neosalvarsan. Krankheitsdauer 4—6 Monate. 23. VIII. 1913 Gonorrhoe. Wassermann +. Krankheitsdauer ca. $1^1/_4$—$1^1/_2$ Jahre.

3. IX. 1913: Je 2 ccm Blut den K. 154 und 155 in beide Hoden. K. 154 durch 8 Monate ohne Erscheinungen. K. 155 28. X. rechter Hoden diffus derb und geschwollen. Sp. p. (Dunkelfeld) +[1]).

7. Pat. A. K., 17j. Arbeiterin. April 1912 Leukoderma. 2 × 0,4 Salvarsan. 29. VIII. 1913 Leukoderma, Gonorrhoe. Wassermann schwach +. Krankheitsdauer ca. 20 Monate.

11. IX. 1913: Je 2 ccm Blut den K. 160 und 161 in die Hoden. K. 160 durch $3^1/_2$, K. 161 durch 10 Monate ohne Erscheinungen.

8. Pat. E. G., 24j. Prostituierte. August 1912 Roseola, Papulae ad tonsillas. 2 × 0,6 Neosalvarsan. 1. XII. 1913 Gonorrhoe, Leukoderma. Wassermann —. Krankheitsdauer ca. 20 Monate.

10. XII. 1913: Je 2 ccm Blut den K. 185 und 186 in die Hoden. Beide Tiere durch 7 Monate ohne Erscheinungen.

9. Pat. R. D., 22j. Arbeiterin. Juli 1908 Sclerosis ad commis. post. Roseola. 25 Injekt. Hg cyan., 6 Einreibungen. 18. XII. 1913 Gonorrhoe. Wassermann +. Krankheitsdauer 5 Jahre 7 Monate.

8. I. 1914: Je 2 ccm Blut den K. 191 und 192 in beide Hoden. K. 191 +, K. 192 durch $^1/_2$ Jahr ohne Erscheinungen.

---

[1]) S. auch M. m. W., 1913, S. 2761.

Digitized by Google

10. Pat. E. B., 23j. Prostituierte. März 1911 Sclerosis ad genitale et tonsillas. Roseola. 0,4 Salvarsan. Mai 1911 Schwerhörigkeit. 0,3 Salvarsan. 11. II. 1914 Fluor. WASSERMANN +. Krankheitsdauer 3 Jahre 1 Monat.

18. II. 1914: Je 2 ccm Blut den K. 200 und 201 in beide Hoden. Beide Tiere durch 7 Monate ohne Erscheinungen.

11. Pat. M. G., 21j. P. p. März 1911 Exanthema papulosum. Papulae ad genitale et tonsillas. 0,45 Salvarsan. 21. II. 1914 Gonorrhoe. WASSERMANN +. Krankheitsdauer ca. $3^1/_4$ Jahre.

5. III. 1914: Je 2 ccm Blut dem K. 202 in den rechten, dem K. 203 in beide Hoden. K. 203 +. K. 202 durch $^1/_4$ Jahr ohne Erscheinungen.

12. Pat. A. K., 21j. Prostituierte. Dezember 1913 Papulae ad anum, Leukoderma colli. $3 \times 0{,}75$ Neosalvarsan. 12. III. 1914 Gonorrhoe. Leukoderma. WASSERMANN +. Krankheitsdauer ca. $^3/_4$ Jahr.

26. III. 1914: Je 2 ccm Blut den K. 204 und 205 in beide Hoden. K. 204 durch $6^1/_2$, K. 205 durch 3 Monate ohne Erscheinungen.

13. Pat. E. K., 20j. Prostituierte. Januar 1913 Roseola, Papulae ad genitale, anum et tonsillas. $2 \times 0{,}6$ Neosalvarsan. 27. X. 1913 Gonorrhoe. WASSERMANN +. Krankheitsdauer ca. $1^1/_4$ Jahr.

7. XI. 1913: Je 2 ccm Blut den K. 172 und 173 in die Hoden. Beide Tiere durch 8 Monate ohne Erscheinungen.

14. Pat. F. W., 28j. Prostituierte. September 1913 Exanthema maculopapulosum. Papulae ad genitale. $2 \times 0{,}6$ Neosalvarsan. 16. X. 1913 Ulcera mollia. WASSERMANN +. Krankheitsdauer ca. $^1/_2$ Jahr.

23. X. 1913: Je 2 ccm Blut den K. 167 und 168 in beide Hoden. K. 168 +. K. 167 durch 4 Monate ohne Erscheinungen.

15. Pat. F. B., 26j. Prostituierte. Juli 1906 Sclerosis ad genitale, Roseola. 24 Inunktionen. Januar 1907 Roseola recid., Papulae ad tonsill. et mucos. oris. Leukoderma. 24 Inunktionen. 2. I. 1914 Fluor. WASSERMANN —. Krankheitsdauer 7 Jahre 8 Monate.

15. I. 1914: 2 ccm Blut dem K. 193 in die Hoden. Das Tier ist gestorben.

Bevor ich zur Besprechung der gewonnenen Resultate übergehe, will ich die Befunde anderer Autoren anführen.

Patient	Krankheitsdauer	Behandlung	Ausfall
UHLENHUTH und MULZER (4):			
1. Frau. WR + Vor 18 Tagen syphilit. Kind. Mann infiziert.	ca. 4 Jahre	0	+
2. Mann. WR +	4 Jahre	?	— (Tiere +)
3. Frau. WR +	?	behandelt	—
4. Frau. Leukoderma. WR +	?	?	—
5. Mann. WR +	$1^3/_4$ Jahre	3 Injektionskuren	—
6. Mann. WR +	6 Jahre	5 Schmierkuren 1 Spritzkur 3 × Salvarsan	—

Digitized by Google

Patient	Krankheitsdauer	Behandlung	Ausfall
7. Frau. WR +	1 Jahr	30 Hg-Spritzen (letzte vor $^3/_4$ Jahr)	—
8. Frau. WR	?	0	—
9. Frau. WR +		0	—
10. Frau. WR + (3 Tage nach der Kaninchen-Impfung Exanthem)	?	0	+
11. Frau. WR +	?	0	—
12. Frau. WR +	?	0	—
13. Frau. WR +	$^1/_2$ Jahr	45 Hg-Spritzen	—
14. Mann. WR +	4 Jahre	3 Spritzkuren à 30 2 × 0,6 Salvarsan	—
15. Mann. WR +	1 Jahr 10 Mon.	2 × 30 Hg-Injektionen 2 × 0,4 Salvarsan	—
Lieberмann (6):			
1. Frau. WR + Vor 6 Wochen syphilit. Kind. Mann infiziert.	4 Jahre	0	+
Graetz (7):			
1. Mann. WR +	11 Jahre	energisch intermittierend	—
2. Frau. WR + (Abort)	?	?	—
3. Mann. WR +	3 Jahre	energisch behandelt	—
4. Frau. WR +	?	?	—
5. Mann. WR +	?	Hg-Behandlung	—
6. Mann. WR +	mehrere Jahre	mehrfach energisch behandelt	—

Überblicken wir diese Resultate, so sehen wir, daß im ganzen 37 Impfungen von Kaninchen mit dem Blute Latentsyphilitischer vorliegen. Zwei Versuche (Uhlenhuth und Mulzer Nr. 2 und Nr. 15 von mir) fallen aus, da die Tiere zu früh gestorben sind, so daß 35 Versuche bleiben. Von diesen haben fünf positives Resultat gegeben, Nr. 1 und Nr. 10 von Uhlenhuth und Mulzer, Nr. 3 und Nr. 6 von mir und der Fall von Liebermann. Diese Fälle scheiden sich von selbst in zwei Gruppen; die eine umfaßt Fall 1 von Uhlenhuth und Mulzer, sowie den von Liebermann, die andere die übrigen drei. Die erstgenannten Fälle betreffen Frauen, die vor kürzerer Zeit ein erbsyphilitisches Kind geboren hatten. In meiner zusammenfassenden Arbeit(8)[1]) über die Infektiosität des Blutes

[1]) Zu dieser Arbeit sei hiermit der von Grouven und Fabry erhobene Spirochätenbefund im Blute eines Patienten mit einer seit zwei Tagen bestehenden Roseola nachgetragen.

Digitized by Google

Syphilitischer habe ich schon die Ansicht ausgesprochen, daß man diese beiden Fälle nicht eigentlich als latentsyphilitisch betrachten kann. Denn man steht doch heute auf dem Standpunkte, daß es eine Erbsyphilis ohne Syphilis der Mutter nicht gibt; wenn nun eine sonst symptomlose Frau ein erbsyphilitisches Kind gebiert, ist dies doch eigentlich ein Symptom ihrer Syphilis. Seither haben sich auch Uhlenhuth und Mulzer sowie Graetz dieser Anschauung angeschlossen. Es wäre noch hervorzuheben, daß sich bei dem Falle von Uhlenhuth und Mulzer der positive Impferfolg in einer linsengroßen, schankrösen, spirochätenhaltigen Erosion an der Impfstelle manifestierte; ohne die Richtigkeit des positiven Resultates bezweifeln zu wollen, möchte ich doch auf die eigentümlichen Befunde von Arzt und Kerl (9) hinweisen, die in kleinen Ulzerationen am Genitale und im Munde bei nicht geimpften Kaninchen Spirochäten fanden, die von der Spirochaeta pallida nicht zu unterscheiden waren. Diese Tatsache, die an einem großen Kaninchenmaterial erhoben wurde, muß in Zukunft zur Folge haben, daß bei intratestikulärer Impfung am Kaninchen nur noch die am Hoden selbst auftretenden Krankheitserscheinungen als beweisend angesehen werden.

Haben wir also diese zwei Fälle aus der Kategorie der echten Latenz ausgeschaltet, so bleiben noch drei Fälle, der von Uhlenhuth und Mulzer und zwei von mir. Der erstere betraf eine Prostituierte mit positivem Wassermann, bei der drei Tage nach der Blutverimpfung ein makulopapulöses Syphilid erschien. Die Autoren selbst schalten ihn aus dieser Versuchsreihe aus, da schon zur Zeit der Blutentnahme einzelne Effloreszenzen vorhanden gewesen sein konnten, die nicht gesehen wurden. Graetz schließt sich dieser Ansicht an; ich möchte sie nicht ohne weiteres teilen, und zwar rücksichtlich meiner eben gegebenen Definition von „latenter Syphilis". Vorausgesetzt, daß die Patientin an allen dem Auge ohne weiteres zugänglichen Stellen auf floride Syphilissymptome untersucht wurde, könnte der Fall doch als latentsyphilitisch gelten. Gewiß kann man immer den Einwurf machen, daß doch vielleicht irgendwo an einer versteckten Stelle eine syphilitische Effloreszenz gesessen hat; dann würde aber der Begriff der klinischen Latenz in sich zusammenfallen.

Ich glaube aber, daß der Fall von Uhlenhuth und Mulzer, so wie er publiziert ist, noch einer anderen Deutung fähig ist. Es handelt sich um eine Prostituierte; die syphilitische Infektion wird geleugnet, eine vorhergegangene syphilitische Affektion wurde aber auch an der Klinik nicht beobachtet. Es ist also nicht absolut sicher, daß hier eine latente Syphilis vorlag. Kann es sich nicht um eine Syphilis im zweiten Inkubationsstadium gehandelt haben? Leider ist dies aus der auszugsweise publizierten Krankengeschichte nicht ersichtlich. Es ist nicht gesagt, ob

Digitized by Google

ein Primäraffekt an verborgener Stelle (Portio, Vagina usw.) ausgeschlossen wurde, ferner ob Drüsenschwellungen auf einen solchen hinwiesen; schließlich ist auch nicht gesagt, ob das nach drei Tagen aufgetretene Exanthem deutlich den Charakter eines Rezidivexanthems trug. Aus diesen Gründen halte ich den Fall nicht für einwandfrei. Ich habe versucht, von Herrn Kollegen Mulzer über die fraglichen Punkte Auskunft zu erhalten, da er aber beim Militär steht, ist mein Schreiben wieder zurückgekommen. Herr Kollege Mulzer möge also meine obigen Ausführungen nicht als Polemik, sondern als sachliche Kritik betrachten.

So bleiben als sicher latentsyphilitische Fälle nur meine beiden zurück; sie wurden entsprechend meiner obigen Forderung aufs sorgfältigste untersucht und völlig frei von floriden syphilitischen Manifestationen befunden.

Der erste Fall betraf einen Mann, der sich etwa ein Jahr vorher angesteckt hatte und mit intraglutäalen Injektionen behandelt worden war; acht Monate vorher war er wegen Mundpapeln mit $2 \times 0{,}75$ Neosalvarsan intravenös eingespritzt worden. In der darauffolgenden Zeit war nach seinen Angaben kein Rezidiv und auch keine Behandlung erfolgt.

Im zweiten Falle handelt es sich um eine Prostituierte, die etwa zehn Monate vorher wegen papulösem Exanthem und Genitalpapeln in der Klinik in Behandlung gewesen war; der Zeitpunkt der Infektion war nicht zu ermitteln, doch mußte damals nach dem klinischen Bilde die Krankheitsdauer auf etwa 4—6 Monate geschätzt werden. Sie erhielt $2 \times 0{,}6$ Neosalvarsan. In der Folgezeit waren nach ihren Angaben keine neuen Symptome aufgetreten und auch bei der polizeilichen Kontrolle, der sie sich ziemlich regelmäßig stellte, wurde kein Befund erhoben. Am 2. Juni 1913 wurde sie wegen eines syphilisverdächtigen kleinen Geschwürs am Genitale ins Krankenhaus eingeliefert, doch verschwand dieses nach einigen Tagen ohne spezifische Therapie. Zur Zeit der Blutentnahme war sie wegen Gonorrhoe in Behandlung.

Es ist mir also zweimal gelungen, mit dem Blute von Latentsyphilitischen beim Kaninchen eine Infektion zu erzeugen. Beide Patienten hatten positiven Wassermann, beide wiesen bei genauester Untersuchung keine Zeichen von Syphilis auf. Bei dem einen war die Syphilis etwa ein Jahr, bei der anderen etwa $1\,^1/_4$—$1\,^1/_2$ Jahre alt. Beide waren vorbehandelt, ersterer das letztemal vor 8 Monaten, letztere vor 10 Monaten.

Es ist klar, daß die zwei Fälle noch nicht hinreichen, um bindende Schlüsse über die Infektiosität des Blutes im latenten Stadium der Syphilis zuzulassen. Als einziger gemeinsamer Anhaltspunkt läßt sich nur entnehmen, daß es sich beidemal um frühlatente Fälle mit positivem Wassermann handelte.

Digitized by Google

Welche Bedeutung in der Pathologie der Syphilis die beiden Fälle haben, kann ebenfalls nicht gesagt werden. Die Ansicht, daß der positive Spirochätenbefund im Blute mit der positiven Wassermannschen Reaktion im Zusammenhang stehen könne, ist durch die eben aufgeführten zahlreichen negativen Impfungen bei positivem Wassermann widerlegt. Ich habe seinerzeit die Meinung ausgesprochen, daß die Spirochäten im Blute als Vorzeichen eines Rezidives aufgefaßt werden könnten. Wir sehen ja, daß schon drei Wochen vor dem Erstlingsexanthem Spirochäten im Blute kreisen; ebenso könnte es beim Rezidiv der Fall sein. Graetz meint bezüglich des Falles Uhlenhuth-Mulzer, daß er die Anschauung bestätige, daß positiver Wassermann zuweilen als Vorbote eines Rezidives aufzufassen sei.

Sehen wir uns die Fälle daraufhin an. Angenommen, daß sich meine oben angeführten Bedenken gegen den Fall Uhlenhuth und Mulzer nicht bestätigen, so kann er als latentsyphilitisch betrachtet werden und würde meine Meinung strikte bestätigen. Mein erster Fall würde auch nicht dagegen sprechen, denn er hat wegen des positiven Wassermanns $2 \times 0{,}75$ Neosalvarsan bekommen und so kann ein Rezidiv unterdrückt worden sein; er war dann noch durch $^1/_4$ Jahr wegen einer gonorrhoischen Striktur in der Klinik, ohne syphilitische Erscheinungen aufzuweisen. Seither wurde er nicht mehr gesehen.

Die zweite Patientin hat sich leider durch die drei auf den Versuch folgenden Monate der polizeilichen Kontrolle entzogen. Erst zu Weihnachten kam sie wegen Tripper wieder ins Krankenhaus. Sie hatte damals negativen Wassermann. Ihrer Angabe nach waren in der Zwischenzeit keine syphilitischen Erscheinungen aufgetreten. Die in unregelmäßigem Abstande bis Juli 1914 vorgenommene polizeiärztliche Kontrolle hat auch niemals Symptome von Syphilis gefunden. (Die Kenntnis der Kontrolltafel dieser Kranken verdanke ich der Liebenswürdigkeit des Polizeiarztes Dr. Klemm.) Es ist also bei dieser Patientin nicht zu erheben, ob kurz nach der festgestellten Infektiosität des Blutes ein Rezidiv aufgetreten ist.

Diese drei Fälle sind also nicht geeignet für oder wider die Annahme, daß Spirochätengehalt des Blutes im Latenzstadium als Vorbote eines Rezidives aufzufassen ist, zu sprechen. Der eine Fall, der dafür spräche, ist nicht einwandfrei, die beiden anderen, die einwandfrei sind, geben in der besagten Hinsicht keine Auskunft. Ferner liegt aber auch die Möglichkeit vor, daß die Spirochätenfunde im Blute Latentsyphilitischer überhaupt mit keiner Manifestation der Syphilis zusammenhängen. Man kann annehmen, daß von Zeit zu Zeit Spirochäten aus irgend einem Depot im Körper in die Blutbahn einbrechen, ohne aber irgend welche Erscheinungen zu verursachen; es hängt daher vom reinen Zufalle ab, ob man bei der Ver-

Digitized by Google

impfung des Blutes gerade diesen Moment trifft. Zugunsten dieser Möglichkeit scheinen mir die Spirochätenbefunde im Blute von Tabikern und Paralytikern zu sprechen. Soweit die bis jetzt nur wenigen positiven Resultate zu überblicken sind, so lassen sie auch keine Gesetzmäßigkeit erkennen; man wird daher wohl kaum annehmen können, daß die Spirochäten im Blute direkt mit der Paralyse bzw. Tabes im Zusammenhange stehen, sondern es ist wahrscheinlicher, daß es sich auch um zufällige, von der Krankheit unabhängige Schübe handelt. Auf diese Weise dürfte es sich auch erklären, daß den wenigen positiven Befunden zahlreiche negative (auch von Zaloziecki und mir unternommene) gegenüberstehen. Des weiteren sprechen für die Möglichkeit, daß Spirochätenschübe im Blute ohne konsekutive äußere Erscheinungen stattfinden, die Spirochätenfunde im Blute bei Patienten mit Papeln im Munde oder am Genitale; es wäre doch gezwungen, anzunehmen, daß Spirochäten in die Blutbahn einbrechen und dann nur auf einer kleinen umschriebenen Stelle Erscheinungen machen.

Bis zu einem gewissen Grade würde auch der Umstand dafür sprechen, daß auch die negativen Fälle keinerlei Gesetzmäßigkeit in den klinischen Erscheinungen erkennen lassen. Sehen wir meine Fälle daraufhin an, so ergibt sich, daß die Krankheitsdauer bei ihnen beträgt: 6, 7, 9, 11 Monate, 1 1/4 Jahr, 1 Jahr 8 Monate, 3 Jahre 1 Monat, 3 1/4 Jahre, 5 Jahre 7 Monate und 6 1/2 Jahre; sie schwankt also zwischen 1/2 und 6 1/2 Jahre. Alle Patienten waren vorbehandelt. Die letzte Behandlung lag zurück 2, 3, 4, 9, 11 Monate, 1 Jahr 3 Monate, 1 Jahr 4 Monate, 2 Jahre 8 Monate, 2 Jahre 11 Monate, 5 Jahre 4 Monate und 5 Jahre 6 Monate, also wenigstens 2 Monate längstens 5 1/2 Jahre.

Der Wassermann war in Fall II, IV, VIII negativ, in Fall I und VII schwach positiv, in allen übrigen Fällen deutlich positiv.

Wieder beobachtet wurden folgende Fälle:

Fall XII nach 2 Monaten mit Ausfluß, Leukoderma, Wassermann +,
„ IX nach 1 und nach 7 Monaten mit Gonorrhoe, Wassermann —,
„ V nach 1/2 Jahre mit Ausfluß, Wassermann +,
„ XIV nach 1 Monat mit Gonorrhoe, Wassermann +; und nach 7 Monaten mit Papeln am Genitale und im Munde,
„ IV nach 9 Monaten mit einer Papel an der Tonsille, Wassermann +,
„ XIII nach 6 Monaten mit Papeln am Genitale, Wassermann +.

Sechs Kranke wurden also wieder beobachtet: drei hatten keine syphilitischen Erscheinungen, die anderen drei nach 6, 7 und 9 Monaten ein Rezidiv.

Überblicken wir die Fälle der Literatur soweit diesbezügliche Angaben gemacht sind, so sehen wir bei Uhlenhuth und Mulzer die Krankheitsdauer zwischen 1/2 und 6 Jahren; die Patienten waren teils

Digitized by Google

unbehandelt, teils behandelt, und zwar lag die letzte Kur stets mindestens $^1/_2$ Jahr zurück.

Bei den Kranken von GRAETZ betrug die Krankheitsdauer zwischen 3 und 11 Jahren; sie waren meist vorbehandelt.

Also auch hier keine Gesetzmäßigkeit; es finden sich frühlatente und spätlatente Fälle, behandelte und unbehandelte, vor kurzer und vor sehr langer Zeit behandelte. Für die Möglichkeit von Spirochätenschüben im latenten Stadium der Syphilis sprechen auch Fälle, wie sie z. B. KRAUS (10) beschrieben hat. Patienten, die seit längerer Zeit an unregelmäßigem remittierendem Fieber leiden, das durch keinerlei Behandlung beeinflußt wird. Durch die Anamnese und die WASSERMANNsche Reaktion wird Syphilis festgestellt, keine floriden Symptome. Quecksilberbehandlung bringt rasche und dauernde Entfieberung. Dieses Fieber läßt sich sehr gut durch eine Überschwemmung des Organismus mit Spirochäten erklären. Dieser Ansicht ist auch BOGROW (11).

Als Resultat dieser Arbeit ergibt sich, daß unter Umständen, die uns nicht näher bekannt sind, Patienten im Stadium der Frühlatenz der Syphilis mit positivem WASSERMANN Spirochäten im Blute führen können.

Diese Tatsache ist hinsichtlich der Vermeidung von beruflichen Infektionen sehr wichtig. Es muß bei jedem latenten Syphilitiker mit positivem WASSERMANN bei operativen Eingriffen größte Vorsicht walten, da man die Infektiosität des Blutes nie sicher ausschließen kann.

Literatur.

1. FOURNIER, A., Leçons sur la Syphilis vaccinale. Paris 1889, S. 87 ff. — 2. MÜLLER, M., Zur Infektiosität der latenten Lues. M. Kl., 1913, S. 329—331. — 3. UHLENHUTH, P. und MULZER, P., Über Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen. D. m. W., 1913, S. 879—881. — 4. UHLENHUTH, P. und MULZER, P., Weitere Mitteilungen über Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung. B. kl. W., 1913, S. 2031—2035. — 5. ARZT, L. und KERL, W., Über experimentelle Kaninchensyphilis und ihre praktische Bedeutung. W. kl. W., 1914, S. 785—789. — 6. LIEBERMANN, Die Infektion der Kaninchen mit Blut von Syphilitikern. Dermatologia, Bd. 1, Januar 1913 (russisch). — 7. GRAETZ, FR., Ergebnisse bei der Verimpfung von Blut und anderen Körperflüssigkeiten von Syphilitikern auf den Kaninchenhoden. Derm. W., 1914, Bd. 58, S. 281 u. 305. — 8. FRÜHWALD, R., Über die Infektiosität des Blutes Syphilitischer. W. kl. W., 1913, S. 1709—1715. — 9. ARZT, L. und KERL, W., Weitere Mitteilungen über Spirochätenbefunde bei Kaninchen. W. kl. W., 1914, S. 1053—1055. — 10. KRAUS, H., Fieber als einziges Symptom latenter Lues. W. kl. W., 1913, S. 2030—2033. — 11. BOGROW, Zur Kasuistik des syphilitischen Spätfiebers. Russ. Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1914, S. 50. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 119, S. 170—171.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1914, Bd. 55, 3. Heft.

1. Beitrag zum Studium der nicht blennorrhagischen Urethritiden. Urethritis durch Bacterium coli, von Rodolfo Panichi. Verfasser beschreibt mehrere Falle von Harnröhrenentzündung, bei denen Tripper und Tuberkulose ausgeschlossen werden konnte und das Bacterium coli als sicherer Erreger in Betracht kam. Meist handelt es sich um Personen mit gestörter Verdauung, Verstopfung und Durchfällen, Leibschmerzen. In einigen anderen Fällen war der Kolibazillus mit Wahrscheinlichkeit, aber nicht sicher, als Erreger anzusprechen.

2. Über die Herxheimersche Reaktion, von Enzo Bizzozero. Die Versuche des Verfassers führen ihn zu dem Schlusse, daß die Reaktion auch mit viel kleineren Dosen, als den therapeutischen, hervorgerufen werden kann. Ihre Intensität ist proportional der Dosis; ist diese aber unter 0,01, verschwindet diese Beziehung. Wenn man steigende Dosen von Sublimat injiziert, kann man die Reaktion 2—3mal hervorrufen; dies gelingt aber nicht mehr, wenn bereits 0,025—0,03 injiziert sind. In Rückbildung begriffene Roseolen reagieren auch auf hohe Dosen nicht oder nur schwach und flüchtig. Von den Rezidivexanthemen reagieren nur die ähnlich, die klinisch den Erstlingsexanthemen ähnlich sind; annuläre Roseolen dagegen weniger stark und regelmäßig. (Auf Salvarsan aber doch. D. Ref.) Durch innerliche Verabreichung hoher Quecksilberdosen sowie durch Einreibung kann die Reaktion ebenfalls hervorgerufen werden.

Verfasser glaubt nicht, daß die Reaktion als Effekt freiwerdender Endotoxine nach Abtötung der Spirochäten aufzufassen ist, da sie auch durch kleine Dosen hervorgerufen wird. Es dürfte sich eher um eine Reaktion des erkrankten Gewebes auf Quecksilber handeln, ähnlich der des lupösen Gewebes auf Tuberkulin.

3. Multiple Hämorrhagien und Kalomelinjektionen, von P. de Favento. Ein 24jähriger Mann erhielt wegen eines Primäraffektes eine intravenöse Neosalvarsaninfusion und drei Kalomelinjektionen. 17 Tage nach ersterer und 5 Tage nach letzteren trat unter Fiebersteigerung ein skarlatiniformes Exanthem auf. Nach einer Woche entstanden zahlreiche Blutungen in der Haut und Mundschleimhaut, später Nasenbluten, Retinablutungen und Hämaturie. Das Allgemeinbefinden war gestört, es bestand Fieber. Innerhalb eines Monates schwanden die Erscheinungen. Als der Patient nach einigen Monaten wegen eines Rezidivs wieder eine Kalomelspritze erhielt, trat neuerdings ein skarlatiniformes Exanthem auf, das aber bald verschwand. Spätere Neosalvarsaninfusionen wurden anstandslos vertragen und Verfasser glaubt daher, daß das Kalomel die Ursache der schweren Erscheinungen war.

4. Über die Ätiologie und Pathogenese des Pemphigus, von Mario Copelli. Verfasser beschreibt zwei Fälle von Pemphigus vulgaris und den bereits im letzten Hefte beschriebenen Fall von Pemphigus vegetans, bei denen systematische Untersuchungen vorgenommen wurden. In diesen sowie in anderen Fällen wurde stets derselbe, früher beschriebene, Mikrobazillus von Radaeli gefunden. Bei Affen und Kaninchen rief die Impfung mit Kulturen Hauterscheinungen hervor, die dem Pemphigus ganz ähnlich waren; ferner fanden sich manchmal Veränderungen des Nervensystems oder der Nieren, konstant Alterationen des hämatopoetischen Apparats. Verfasser hält daher den Mikrobazillus für den wahrscheinlichen Erreger des Pemphigus. Dafür spricht auch dessen

Digitized by Google

starke hämolytische Kraft, die die Veränderungen des hämatopoetischen Systems, die Urobilinurie und die hämolytische Eigenschaft des Blasenserums erklären könnte.

5. Beitrag zum Studium der sogenannten kolloiden Degeneration der Haut, von Carlo Vignolo-Lutati. Bei der 24 jährigen Kranken waren vor acht Jahren ohne subjektive Erscheinungen an der rechten Halsseite kleine, bläschenartige Elevationen aufgetreten, die seither unverändert blieben. Es fanden sich unregelmäßig gruppierte, stecknadelkopfgroße, hemisphärische, bläschenähnliche Effloreszenzen, von perlmutterartiger Farbe, glatter glänzender Oberfläche und derber Konsistenz. Durch Anstechen einer Effloreszenz entleerte sich keine Flüssigkeit; nur wenn man inzidierte und drückte kam eine weißliche, derbe, gelatinöse Masse heraus. Verfasser beschreibt genau den histologischen Befund und kommt zu dem Schluße, daß die amorphe Masse durch progressive Degeneration der kollagenen Fasern entsteht. Nicht aus den elastischen Fasern; diese sind zwar im Bereiche der kolloiden Masse verschwunden, doch zeigt sich nirgends eine Änderung der Färbbarkeit usw. Verfasser bespricht dann noch die Literatur; er hält es für richtig, von einer „sogenannten kolloiden Degeneration der Haut zu sprechen". Das Alter seiner Kranken spricht gegen die Auffassung der Affektion als seniler Prozeß.

6. Chemisch-physikalische Adsorptionserscheinungen bei perkutaner Applikation von Medikamenten, von Mario Guattrini. Der Verfasser faßt seine ausführlichen Darlegungen in folgenden Schlußsätzen zusammen: In vitro zeigen Haare und pulverisierte Haut deutlich adsorbierende Kraft gegenüber Salzsäure, Natronlauge, Jod, Karbol-, Salizyl- und Pikrinsäure. Aus Kochsalz wird dagegen nur Wasser angezogen, was ja bei den hygroskopischen Eigenschaften der Hornsubstanz sehr plausibel erscheint. Wenn man über die normale Haut des Menschen Salzsäure- oder Ammoniakdämpfe streichen läßt, oder alkoholische Jodlösungen appliziert, so bleiben die Substanzen lange Zeit fixiert und sind an ihren charakteristischen Reaktionen zu erkennen. Man muß hier annehmen, daß es sich analog wie bei den Experimenten in vitro um eine Adsorptionserscheinung handelt. Es geht also aus diesen Experimenten hervor, daß bei Applikation eines Medikamentes auf die normale Haut erst eine physikalische Adsorption durch die Hornschicht stattfindet, bevor die physiologische Absorption eintritt. Dieses Faktum muß stets berücksichtigt, werden wenn man das Eindringen eines Medikamentes in die Haut und dann in den Kreislauf studieren will. Welcher Teil des Medikaments adsorbiert bleibt und die Schnelligkeit, mit der er sich wieder loslöst, hängt von seiner chemischen Beschaffenheit und von der Adsorptionskraft der Hornschicht ab. Diese verliert das Medikament nach außen und innen. Richard Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Ein Vortrag über die Entartung der Neurone im Lichte der modernen Forschung, speziell in bezug auf Syphilis und Dementia paralytica, von F. W. Mott-London. (Lanc., 1913, Nr. 4707 und Brit. m. J., 15. Nov. 1913.) Verfasser gibt im allgemeinen eine Übersicht der neueren Forschungsresultate in bezug auf die Wirkungen der syphilitischen Infektion auf die zelligen Elemente des Zentralnervensystems und erklärt seine Ausführungen durch mehrere wohlgelungene Abbildungen, welche die Spirochaeta pallida und deren Folgen im Gehirn wiedergeben. Im ganzen haben die Darlegungen mehr Interesse für den Psychiater als für den Dermatologen.

Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Die Pathologie des als Parasyphilis bekannten Prozesses, von J. McIntosh und P. Fildes-London. (Lanc., 1913, Nr. 4700, S. 921.) Unter Berücksichtigung der neusten Publikationen auf diesem Gebiete und unter Darlegung der wichtigsten anatomischen Befunde legen Verfasser ihre Auffassung der Syphilis des Zentralnervensystems dar, dahingehend, daß dabei zwei Hauptformen zu unterscheiden sind, von denen die eine hauptsächlich oder ausschließlich das Lymphgefäßgewebe, die andere die Gehirnsubstanz betrifft. Bei beiden Formen wird die wechselnde Zahl der einwandernden Spirochäten und in höherem Masse der variable Grad der Sensibilisierung der Gewebe verschiedene Grade von klinischen Erscheinungen hervorrufen. Die Prozesse an den Gefäßen werden sich dokumentieren bald durch eine geringfügige Meningitis, bald durch Gummabildungen; die Erkrankung der Gehirnsubstanz äußert sich stufenweise zwischen einer leichten Meningoenkephalitis und der tertiären Enkephalitis (Dementia paralytica). Philippi-Salzschlirf.

Biologische Reaktionen bei syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems, von Heinrich Neue-Greifswald. (Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 50, H. 5/6.) Es ist über dieses Thema auf den letzten Versammlungen der Neurologen so viel berichtet worden, was dann an dieser Stelle referiert worden ist, daß selbst so eine fleißige Arbeit wie die vorliegende nur wenig Neues zu bringen vermag. Es sei daher hier in der Hauptsache auf das Original verwiesen und nur aus dem Resümee des Verfassers einiges hervorgehoben: 1. Die große Bedeutung der Hauptmannschen Auswertungsmethode, die bei Paralyse in 100%, bei Tabes und Lues cerebrospinalis in der überwiegenden Mehrheit der Fälle positive WR ergibt, als diagnostisches Hilfsmittel ist aufs neue bestätigt. 2. Der Liquor ergibt auch bei unverdünnter Anwendung keine Hemmung der Hämolyse, wenn es sich um organische Erkrankungen nicht syphilitischer Natur handelt und ebensowenig bei vor Jahren mit Lues infizierten Individuen, bei denen die frühere Infektion eventuell noch ihren Ausdruck in einer positiven Reaktion des Blutserums findet. 3. Es empfiehlt sich, den Liquor vor der Auswertung zu inaktivieren. 4. Bald nach dem Exitus entnommener Liquor gibt auch bei Auswertung einwandfreie Resultate. 5. Bei Verdacht auf Lues kann nur die Untersuchung des Liquors die Diagnose fördern, gleichviel ob die Wassermannsche Reaktion des Serums positiv oder negativ ausfällt. 6. Die erst bei Anwendung größerer Liquormengen positiv reagierenden Fälle von progressiver Paralyse zeigen nicht selten auch atypischen-anatomischen Befund. 7. Der Weil-Kafkaschen Hämolysinreaktion kommt vielleicht in Verbindung mit den „vier Reaktionen" eine Bedeutung für die Differentialdiagnose zwischen Paralyse oder Lues cerebri zu. 8. Die Abderhaldensche Seroreaktion scheint bei Lues cerebri im allgemeinen nur mit Gehirnsubstrat, bei Paralyse dagegen auch mit dem Eiweiß anderer Organe (speziell Leber, Niere, Pankreas) positiv auszufallen. 9. Über die Luetinkutanreaktion sind noch weitere Nachforschungen notwendig; eventuell kann dieselbe hohe Bedeutung haben. 10. Der Goldsolreaktion kommt in Verbindung mit anderen Reaktionen ein gewisser Wert zu, für die Differentialdiagnose zwischen luetischer und nicht luetischer Ätiologie. Lasch-Breslau.

Prognose und Therapie der zerebralen Syphilis, von George S. Schwinn-Washington. (J. Am. m. Assoc., 14. Juni 1913.) Die Prognose der zerebralen Syphilis ist abhängig von der prompten Diagnose, Heilung ist nur zu erwarten, wenn spezifische Veränderungen der Gewebe allein vorhanden sind, dagegen nicht mehr bei Atrophie der Gehirnnerven durch Druck oder bei Erweichungsherden durch Thrombose der Arterien. Am besten reagieren auf die Therapie Fälle von Meningitis, sowohl zerebraler als auch spinaler. Bei Monoplegie oder Hemiplegie, Aphasie, Apraxie, Alexie oder Hemianopsie ist, da es sich um Gefäßerkrankungen handelt, die Prognose ernst. Bei der pro-

Digitized by Google

gnostischen Beurteilung eines jeden Erkrankungsfalles darf nicht vergessen werden, daß zerstörtes Nervengewebe nicht ersetzt werden kann. Für die Prognose lassen sich Schlüsse aus dem Verhalten der Lymphozyten im Liquor cerebrospinalis und aus dem Ausfall der WASSERMANN-Reaktion dieser Flüssigkeit ziehen. Die Lymphozyten können unter entsprechender Behandlung gänzlich verschwinden, aber auch später wieder erscheinen. Vielfach werden die Kranken selbst unter systematischer Behandlung nur unvollständig geheilt; geistige Defekte bleiben zurück, oder nach Monaten oder Jahren treten Rückfälle ein, bei denen spezifische Therapie dann weniger Einfluß als zuvor hat. Salvarsan soll mit größtmöglicher Vorsicht angewandt werden. Kleinere, öfter wiederholte Dosen sind vorzuziehen, gegebenenfalls erst nach einigen Hg-Injektionen.

Fendt-Wiesbaden.

Syphilis cerebralis mit multiplen Hirnnervenlähmungen, von L. M. BONNET. (Lyon méd., 1913, Nr. 43.) Patient mit einer elf Jahre alten, schlecht behandelten Syphilis leidet seit längerer Zeit an erschwerter Öffnung des rechten Auges, dann an Kopfschmerzen und seit drei Wochen an Heiserkeit. Bei der Aufnahme fand sich eine rechtsseitige Okulomatorius- und leichte Fazialislähmung; links bestand Rekurrenslähmung. Besserung durch spezifische Behandlung. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems nach SWIFT und ELLIS, von K. ESKUCHEN-München. (M. m. W., 1914, Nr. 14.) Bekanntlich haben SWIFT und ELLIS über günstige Erfolge in der Behandlung der syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems berichtet, die sie erzielten, indem sie das Serum der vorher mit Neosalvarsan intravenös behandelten Patienten ihnen direkt in den Subarachnoidalraum lumbal einspritzt. ESKUCHEN hat an 16 Fällen das Verfahren nachgeprüft und hat dabei zwar verschiedentlich sehr willkommene Besserung der subjektiven Beschwerden beobachtet, doch wurden die objektiven Symptome im allgemeinen nicht sehr erheblich beeinflußt. Immerhin sei aber eine weitere Prüfung der Methode zu empfehlen. Behandelt wurden 9 Tabiker, 5 Paralytiker und zwei Fälle von Lues cerebrospinalis. Die Neosalvarsandosis variierte zwischen 0,6 und 0,9, und die Serummenge betrug 10 bis 30 ccm. Betreffs der Technik wurde möglichst genau nach der Originalvorschrift verfahren. Die objektiven Erfolge würden vielleicht auch bessere Ergebnisse geliefert haben, wenn nicht, wie Verfasser besonders betont, mehrere Kranke die Behandlung abgebrochen hätten, sobald ihre subjektiven Beschwerden ihnen nicht mehr lästig fielen.

Philippi-Salzschlirf.

Drei Jahre Salvarsan bei Lues des Zentralnervensystems und bei Tabes, von G. L. DREYFUS-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Die vorliegende Arbeit liefert eine Bestätigung und Ergänzung der von Verfasser in früheren Publikationen gebrachten Mitteilungen. Er stützt sich dabei auf Beobachtungen bei 24 Fällen von Frühsyphilis des Zentralnervensystems im Sekundärstadium (Neurorezidive), 125 Fällen von Spätsyphilis und 77 Fällen von Tabes. Ein Todesfall ist bei der ganzen Serie nicht vorgekommen, und der einzige mit schweren Komplikationen verknüpfte Fall liegt jetzt bereits acht Jahre zurück und ist schon veröffentlicht. Allerdings wird in jeder Beziehung mit großer Vorsicht und Sorgfalt bei den Kuren verfahren, namentlich bei Komplikationen von seiten der Lunge, der Kreislaufsorgane und der Nieren, wobei nur kleine Dosen von Neosalvarsan verabreicht werden. Desgleichen wird bei Neurorezidiven nach einer Vorbehandlung mit Hg vorsichtig mit Neosalvarsan (0,15) angefangen und erst nach erzielter völliger Reaktionslosigkeit Altsalvarsan (Beginn 0,1, Höchstdosis 0,4) gegeben. Bei dieser betreffs der Einzelheiten im Original nachzulesenden Behandlungsmethode wurden bis auf zwei alle Kranken beschwerdefrei entlassen, und bei sieben Fällen war ein völliges Normalwerden des Liquors in jeder Hinsicht erzielt. Dies letztere Re-

Digitized by Google

sultat ist bei Zerebrospinalsyphilis im Tertiärstadium viel schwerer zu erreichen (unter 125 Fällen nur dreimal), was zum Teil sich daraus erklärt, daß die Patienten nach der relativ leicht erzielbaren Befreiung von subjektiven und gröberen klinischen Erscheinungen sich der weiteren Behandlung entziehen. Bei Tabes behandelt Dreyfus zunächst mit Salvarsan allein bis zum Verbrauch von 1,0—2,0 g in 2—3 Wochen, wobei man zunächst nur 0,1—0,2 jeden 2.—3. Tag verabreicht; erst nach Beendigung dieser Vorbehandlung kommt eine Kombination mit Hg-Präparaten in Frage. Bei der ersten Kur werden insgesamt 4—5 g Salvarsan verwendet; nach einer Pause von 2—3 Monaten wird eine Wiederholung in gelinderer Form (3—4 g) vorgenommen. Um Dauererfolg zu erzielen, sind 4—6 Kuren erforderlich. Unter den nach diesen Prinzipien behandelten Kranken sind 35 als sehr gebessert, 30 als gebessert, 9 als unverändert und 3 als verschlechtert notiert. Philippi-Salzschlirf.

Die chirurgische Behandlung der syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, von Prof. Pussep. (Russki Wratsch, 1914, Nr. 11.) In zwei Fällen von Syphilis des Gehirns und seiner Häute hat Verfasser, nach dem Vorgange von Horsley, aber in etwas modifizierter Weise, das Gehirn lokal mit Sublimatlösung behandelt. Nach ausgeführter Trepanation im Nackenteil und Bloßlegung des Hirns führte Verfasser eine stumpfe Nadel, längs dem Tentorium cerebelli, 6 cm tief, ein und goß 10 ccm einer Sublimatlösung 1 : 2000 ein. Nach einigen Tagen, in dem einen Fall nach fünf, in dem anderen nach sieben wurden nochmals 5 ccm derselben Flüssigkeit injiziert. Nach der erst Injektion traten in dem einen Fall für einige Stunden ein soporähnlicher Zustand, Temperatursteigerung 38,5° und beschleunigter Puls, auf. Nach drei Tagen verging dieses. Die zweite Injektion wurde gut vertragen. In beiden Fällen stellte sich nach dieser Behandlung eine sichtbare Besserung der Krankheitserscheinungen ein, so daß Verfasser entschieden zu dieser Behandlungsmethode rät, wo auf andere Weise kein Erfolg erzielt worden ist. Weiter spricht Verfasser über einige Fälle der chirurgischen Behandlung von Rindenepilepsie infolge von Syphilis, wie von Syphilis des Rückenmarks mit wechselndem oder doch beachtenswertem Erfolge. Arth. Jordan-Moskau.

Kasuistischer Beitrag zur Lehre von Diabetes insipidus bei Syphilis im Zentralnervensystem, von Elias Hardrat-Lüssow (Vorpommern). (Diss. Berlin 1913.) Bei einer 30jährigen Frau, die sich mit 18 Jahren syphilitisch infiziert und nur eine ungenügende Schmierkur durchgemacht hatte, traten plötzlich ziemlich heftige, Tag und Nacht anhaltende Kopfschmerzen auf; dann stellte sich sehr starker Durst, Absonderung überaus reichlicher Mengen eines eiweiß- und zuckerfreien hellen Urins von niedrigem spezifischen Gewicht ein. Später entwickelte sich eine rechtsseitige totale Abduzensparese sowie Ophthalmoplegia interna. Da die Prüfung des Lumbalpunktates auf die „vier Reaktionen" (Nonne, Gold, Zellen, Wassermann) sehr stark positiv ausfiel, wurde als Ätiologie des Diabetes insipidus und der übrigen Erscheinungen eine syphilitische Schädigung des Zentralnervensystems mit vorwiegender Lokalisation an der Basis angesprochen. Der Effekt der spezifischen Therapie war jedoch nach neun intravenösen Injektionen von zusammen 1,45 g Altsalvarsan in vier Wochen noch nicht eben glänzend; erst nach subkutaner Injektion [protahierte Salvarsanwirkung (d. Ref.)] von zusammen 1,0 g Neosalvarsan in etwa fünf Wochen machte sich eine deutliche Abnahme der Urinmenge und endgültige Besserung bemerkbar. Oskar Gans-Hamburg.

Ein Fall von Lues cerebrospinalis im Kindesalter, von Barkow. (Med. Obosrenje, 1914, Bd. 81, S. 152.) Auf Grund der epileptischen Anfälle, wie der Kopfschmerzen, der Atrophia nn. opticorum post neuritidem, der Sensibilitätsstörungen des positiven Wassermann, wie einer Besserung der Erscheinungen durch eine spezifische

Digitized by Google

Kur, faßt Verfasser die Krankheit bei dem 14jährigen Mädchen, welches er beobachtet hat, als Lues cerebrospinalis auf. Arth. Jordan-Moskau.

Zerebromedulläre Syphilis unter dem Bilde der multiplen Sklerose, von Froment, Garin und Ardisson. (Lyon méd., 1913, Nr. 31.) Der 59jährige Kranke litt seit drei Jahren an einer Parese der unteren Extremitäten, die mit Symptomen der multiplen Sklerose einherging: spastischer Gang, Reflexsteigerung usw. Durch ein „traitement mixte" wurden die Erscheinungen derart gebessert, daß der Patient wieder ohne Hilfe gehen konnte. Es lag also eine syphilitische Erkrankung des Zentralnervensytems vor. Richard Frühwald-Leipzig.

Bedeutung der Kenntnis der Meningitis für die Behandlung der Syphilis, von Jeanselme. (Soc. méd. des hôp., 26. Dez. 1913.) Jede meningeale Reaktion (Leukozytose, Album. positive Wassermannsche Reaktion) zeigt die Gegenwart von virulenten Herden im Zentralnervensystem an. Jede Behandlung eines Syphilitikers soll unter Kontrolle des Lumbalpunktates fortgesetzt werden bis zum vollständigen, dauernden Verschwinden der meningealen Reaktion. Diese meningozerebralen Herde sind oft sehr resistent, bei manchen Kranken verschwinden sie erst nach zwei Jahren und in einem Falle waren 50 intravenöse Injektionen, d. h. 20 g Salvarsan, zum Verschwinden erforderlich. Demgegenüber warnt J. vor den Gefahren der vernachlässigten Meningitis und erwähnt eine Kranke, bei welcher $4^1/_2$ Jahre nach dem Schanker Paralyse auftrat. A. Gunsett-Straßburg.

Die Diagnose der „frühluetischen Meningitis" an dem Liquorbefund, von Alfred Hauptmann-Freiburg. (D. Zschr. f. Nervhkd., Bd. 51, H. 3/6.) Erst die sogenannten Neurorezidive nach Anwendung von Salvarsan haben, um Aufklärung über dieselben zu erlangen, die Aufmerksamkeit der Syphilidologen in hohem Maße auf das Vorkommen syphilitischer Prozesse im Zentralnervensystem speziell an den Meningen im Frühstadium gelenkt. Die nunmehr an vielen Stellen systematisch durchgeführte Untersuchung des Liquors in jedem Stadium der Syphilis hat die immense Bedeutung der Liquorveränderungen besonders im II. Stadium erkennen lassen. Die Resultate der Untersuchung der morphologischen, chemischen und serologischen Bestandteile des Liquors und die Bedeutung der Veränderungen für Diagnose und Prognose und last not least für die Therapie, hat Hauptmann in der vorliegenden Arbeit übersichtlich zusammengefaßt. Die der Arbeit zugefügte ausführliche Zusammenstellung von 53 von dem Verfasser benutzten Quellen, macht dieselbe noch wertvoller. Wenn wir es uns auch an dieser Stelle versagen müssen, näher auf dieselbe einzugehen, so sei wenigstens das Resümee des Verfassers hier wiedergegeben: 1. Die Wassermann-Reaktion im Liquor kommt (mit wenigen Ausnahmen) nicht zustande durch Infiltration der syphilitischen Antikörper aus dem Blute; ihre Bildungsstätte ist das Zentralnervensystem selbst. 2. Die Liquorveränderungen im sekundären Stadium der Lues sind hervorgerufen durch eine frühluetische Meningitis. 3. Als Ausdruck des leichtesten Grades dieser Meningealaffektion ist die Lymphozytenvermehrung (vielleicht noch früher das Vorhandensein von Spirochäten) anzusehen, zu welchen sich bei schweren Formen Eiweißvermehrung und schließlich positive Wassermann-Reaktion hinzugesellen. 4. Klinische Symptome seitens des Zentralnervensystems können in solchen Fällen vollständig fehlen, vielfach sind nur geringfügige subjektive Beschwerden vorhanden. 5. Der Liquor jedes Syphilitikers muß untersucht werden und die Behandlung muß durchgeführt werden, bis der Liquor wieder völlig normal geworden ist. Lasch-Breslau.

Tabes, rückschauende und nachdenkliche Betrachtung, von Wilhelm Erb-Heidelberg. (D. Zschr. f. Nervhkd., 1911, Bd. 47, 48.) Erb erläutert und bekräftigt den Standpunkt, den er in der Frage über den Zusammenhang von Syphilis und Tabes

Digitized by Google

seit Dezennien eingenommen, und für den er in allererster Reihe gekämpft hat, in der vorliegenden Arbeit von neuem. Während er seine rückschauenden Bemerkungen niederschrieb, bekam er die Nachricht von Noguchis Entdeckungen von Spirochäten im Gehirn von Syphilitikern. Erb resümiert vom ätiologischen Standpunkte aus: „Die Tabes ist eine syphilogene Erkrankung, eine bestimmte Form der syphilitischen Infektion im Zentralnervensystem; sie ist — wie die Paralyse — ein noch aktiver syphilitischer Infektionsprozeß" und seine klinische Definition lautet: „Die Tabes ist eine Form der Spätsyphilis im Zentralnervensystem, sehr chronisch, meist progressiv, die sich in der Hauptsache charakterisiert zunächst durch Erscheinungen in der sensiblen Sphäre kombiniert mit Störungen verschiedener Reflexe, mit Störungen in der Blasen- und Geschlechtsinnervation (und in gewissen Hirnnerven?) und die in späteren Stadiem zu einer typischen, motorischen (koordinatorischen) Störung — der tabischen Ataxie — führt. Des weiteren betont Erb, daß es kein einziges Symptom gäbe, das so pathognostisch für die Tabes wäre, daß es für sich allein selbst bei + WR und Pleozytose zur Diagnose ausreichen würde, selbst die lanzinierenden Schmerzen nicht. Zum Schlusse hebt Erb noch hervor, daß trotz seiner Auffassung vom Wesen der Tabes dieselbe auch fernerhin mehr in den Bereich der Neurologen respektive inneren Kliniker als in den der syphilidologen gehöre. Lasch-Breslau.

Der heutige Stand der Tabes-Paralysefrage, von W. Vix-Darmstadt. (Fortschr. d. M., 1914, Bd. 32, H. 22.) Die vorliegende Arbeit ist ein Autoreferat eines Vortrages, den Vix gehalten hat, und sie ist eine Art Disposition zu demselben, indem Vix die einzelnen Momente, die für unsere augenblicklichen Anschauungen über die Lues-Tabes-Paralysefrage in bezug auf Pathologie, Diagnose und Therapie maßgebend sind, nur skizzenhaft andeutet. Naturgemäß vermag Vix in seiner Zusammenfassung nur wenig neue Gesichtspunkte, die nicht von Erb und anderen gelegentlich des letzten Neurologenkongresses schon vorgebracht worden wären, mitzuteilen; doch scheint mir gerade in dieser Knappheit ein Vorzug der Arbeit zu liegen, da dieselbe ein schnelles Orientieren über das Erreichte und das noch Strittige oder Unbekannte in der Frage erleichtert. Ausgehend von den Fortschritten, die begannen mit dem Auffinden der Spirochaeta pallida als Krankheitserreger der Syphilis und der Möglichkeit diese auf Nährböden zu züchten und auf Tiere zu überimpfen, kommt er auf die Wichtigkeit der WR im Blute und der Liquorreaktionen (Zellvermehrung, WR des Liquors, Nonne-Apeltsche Phase I, Globulin- und Goldsolreaktion) zu sprechen; er betont, wie die WR sehr wohl im Blute positiv und im Liquor negativ sein könne, besonders bei Hirnlues, während der positive Ausfall im Blute und im Liquor mehr auf Tabes resp. Paralyse hinweise. Er erwähnt, daß Zellvermehrung und Eiweißniederschlag im Liquor mehr für Syphilis als für Metasyphilis spräche; von der Hautreaktion mit Luetin ist vor der Hand nicht viel zu erwarten. Auch mit der Auffindung der Spirochaeta pallida in der Hirnrinde resp. dem Rückenmark seien aber noch lange nicht alle Punkte klargelegt über die Beziehungen zwischen Lues und Metalues, z. B. die relative Seltenheit der Metalues im Verhältnis zur Häufigkeit der Infektionen. Unklar sind noch die Umstände, die zu den Infektionen hinzukommen müssen, um zur Metalues zu führen. Wie weit hereditäre Beanlagung, wie weit vorhergehende richtige Behandlung, wie weit Funktionsstörungen der innersekretorischen Organe, ferner Traumen und Alkoholismus und interkurrente, fieberhafte Erkrankungen hemmend oder fördernd für das Zustandekommen der Paralyse wirken, bedarf weiterer Forschungen und Beobachtungen. Auch in bezug auf die Therapie sind noch die Fragen ungelöst, ob Hg oder Jod oder Salvarsan oder kombinierte Kuren angezeigt sind, und ob die Mittel eventuell direkt in den Rückenmarkskanal injiziert werden sollen. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Über sogenannte latente Syphilis oder Paralyse und Tabes; ein „Wasser"-Vorschlag, von J. C. Minor-Hot Springs. (New York m. J., 16. Aug. 1913.) Verfasser vergleicht den menschlichen Organismus mit einem „Schwamm"; ebenso wie derselbe durch fleißig wiederholtes Ausdrücken in Wasser völlig gereinigt werden kann, ebenso könnte der erstere durch fleißiges Durchspülen mit Wasser von krankhaften Produkten befreit werden. Latente Syphilis des Rückenmarks bedeutet für M. einfach, daß die Spirochäten von vielen Jahren in den dichteren Geweben sich festgesetzt haben und infolge ungenügender Wirkung oder Anregung (durch reichliche Wasserzufuhr) der Ausscheidungsorgane — Haut, Nieren, Darm, Lunge — nicht wieder losgekommen sind. Mangelnde Widerstandskraft gegen eine Krankheit ist für M. ein Beweis dafür, daß die aufgenommene Nahrung nicht mit der genügenden Menge Wasser ihrer Bestimmung zugeführt worden ist. Gute Elimination (durch reichliche Wasserzufuhr) ist ebenso eine wichtige Bedingung bei der Anwendung so stark wirkender Mittel, wie Salvarsan, Quecksilber, Serumsorten und viele Fälle latenter spezifischer Neurosen wären damit zu verhüten.

Stern-München.

Die Grundlagen der Tabes, von William J. M. A. Maloney-New York. (New York m. J., 20. Juni 1914.) In dieser übersichtlichen Betrachtung kommt M. zu folgenden Schlüssen. Syphilis ist eine Ursache der Tabes, es gibt keine Tabes ohne Syphilis, wenn auch erstere eine relativ seltene Folge derselben ist. Der Syphiliserreger ist ein Protozoon mit einem sporenbildenden, asexuellen und sexuellen Zyklus. Alle Gewebe können den Sporen des syphilitischen Protozoon zugängig sein, aber nur in jenen Geweben, in welchen eine Invasion nicht auf Wiederstand gestoßen ist, können die Sporen wachsen. Ein syphilitisches Protozoon kann eine spezielle Gewalt annehmen, um das Nervensystem anzugreifen und diese Gewalt kann durch sukzessive Generationen von Spirochäten übertragen werden und beim Übergang von Wirt zu Wirt bestehen bleiben; die Spirochäte wird auf diese Weise eine Nervenspirochäte, welche abnorme Widerstandskraft gegenüber den menschlichen Verteidigungskräften angenommen hat. Tabes kann Veränderungen gewöhnlichen oder außergewöhnlichen Charakters oder solchen von nichtssagender Intensität oder selbst Infektionen, die keine der bekannten Erscheinungen hervorgerufen haben, nachfolgen. Die Widerstandskraft eines Wirtes gegen eine organismenbildende Spore hängt wahrscheinlich von dem Zusammenhang zwischen lokaler und biologischer chemischer Reaktion des Körpers ab. Diese gegenseitige Beziehung steht unter der Kontrolle des autonomischen und sympathischen Nervensystems und vollzieht sich hauptsächlich vermittels der keine Ausführungsgänge besitzenden Drüsen. Die chemischen Affinitäten der Nervengewebe sind zum mindesten so wichtig, als es die anatomischen Beziehungen bei der Verteilung der syphilitischen Veränderungen innerhalb des Nervensystems sind. Das tabetische Toxin wirkt als eine vagotonische Substanz und deren Wirkung kann noch durch autogene und exogene vagotonische Substanzen verstärkt werden. Die Natur der Spirochäte, jene des Zusammenhanges der Wirkung oben genannter Drüsen und der biologischen Eigentümlichkeiten der chemischen Zusammensetzung des Zentralnervensystems sind die bestimmenden Elemente, ob in einem gegebenen Falle Syphilis in Tabes übergehen wird oder nicht. Stern-München.

Beginnende Tabes, von Granclément. (Lyon méd., 1914, Nr. 17.) Verfasser berichtet über einen 32jährigen Patienten, bei dem 10 Jahre nach der Infektion die Erscheinungen einer Tabes begonnen hatten; durch Quecksilbereinreibungen wurden diese innerhalb drei Monaten zum Verschwinden gebracht und es scheint die Krankheit geheilt zu sein. Aus diesem Falle und anderen zieht Verfasser den Schluß, daß die Tabes, wenn sie höchstens zehn Jahre nach der Infektion und bei jungen Individuen auftritt, durch eine intensive Quecksilberbehandlung heilbar ist. Erscheint sie aber erst nach

Digitized by Google

dem 40. Lebensjahre und 20—25 Jahre nach der Infektion, so bleibt in der Regel jede Arsentherapie wirkungslos. Daraus ergibt sich, daß sich jeder Syphilitiker, sei die Krankheit leicht oder schwer, Zeit seines Lebens jedes Jahr einer Quecksilberkur unterziehen muß.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Histogenese der Tabes, von Hugo Richter-Budapest. (Neurol. Zbl., 1914, Nr. 14.) In einer vorläufigen Mitteilung über die Histogenese der Tabes, aus einer Arbeit, mit der der Verfasser seit zirka zwei Jahren beschäftigt ist und von 24 Fällen (14 reine Tabes, 10 Taboparalyse) ca. 10000 mikroskopische Präparate mit allen möglichen Färbungen durchgesehen hat, bringt er so rein histologische Forschungsergebnisse, daß ich mich auf ein Referieren des letzten Punktes beschränken möchte. Richter hat seine Untersuchungen ergänzt, nachdem er nach den Methoden von Levaditi und Noguchi auf Spirochäten färbte; es gelang ihm bisher in zwei Fällen von reiner Tabes die Spirochaeta pallida im Granulationsgewebe des Nervus radicularis zweifellos nachzuweisen und zwar bisher ausschließlich im jungen, zellreichen Granulationsgewebe. Neben vereinzelt vorkommenden Exemplaren gibt es besonders in der Nähe von Amyloidkörperchen Granulationsherde, welche Spirochäten in größerer Anzahl (4—5) beherbergen.

Lasch-Breslau.

Syphilitische Infektion mit nachfolgenden Landryschen Erscheinungen und späteren tabischen, von E. D. Macnamara-London. (Lanc., 9. Aug. 1913.) Der Patient hatte sich im Jahre 1898 infiziert, war, wie es scheint, ausgiebig behandelt worden, aber 1904 trat die aufsteigende Lähmung ein, welche aber schließlich bis auf ganz geringe Reste wieder verging. Eine Lähmung des VI. Gehirnnerven machte sich 1907 bemerkbar, und 1911 hatten sich deutlich tabische Symptome eingestellt.

Philippi-Salzschlirf.

Amyotrophische Tabes, von Drey und Malespine. (Lyon méd., 1913, Nr. 45.) Eine mehr den Neurologen interessierende Abhandlung. Die amyotrophischen Erscheinungen beherrschen derart das Bild, daß man leicht an eine Polyneuritis denken und die Tabes übersehen kann.

Richard Frühwald-Leipzig.

Tabes atactica und Behandlung der postsyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems mit Quecksilber und Salvarsan, von S. Tschirjew-Kiew. (Arch. f. Psych., 1913, Bd. 51, H. 2.) Den Standpunkt, den der Verfasser schon in seinen früheren Veröffentlichungen eingenommen hat, daß die Syphilis eine konstitutionelle Krankheit und damit unheilbar sei, hält er auch heute aufrecht. Dementsprechend regelt er die Lebensweise jedes Syphilitikers von Grund aus, nicht nur vorübergehend, sondern für die ganze Lebensdauer. Auch läßt er in jedem Falle alle drei oder fünf Jahre eine energische Kur machen. Das Ideal der Behandlungsmethode bleibt für ihn die Inunktionsmethode mit darauffolgender Jodmedikation, da nach seiner Auffassung bei allen Injektionsmethoden (besonders natürlich bei endovenösen) das Hg viel zu schnell durch den Organismus hindurchgetrieben wird; aus diesem Grunde gibt er das die Ausscheidung befördernde Jod nie gleichzeitig mit dem Hg. Diesen therapeutischen Standpunkt, den er schon vor mehr als einem Dezennium betont hat, behält er auch heute noch für die Tabes atactica bei, die nach seiner Ansicht ausschließlich eine postsyphilitische Erkrankung ist. Der Verfasser leugnet jeden Fortschritt, der im Laufe der letzten Jahrzehnte in therapeutischer Hinsicht gemacht worden sei. Er hält die intramuskulären Hg-Injektionen für gefährlich, da dieselben Veränderungen an den feinen Gefäßen speziell des Gehirns hervorrufen, die von den übelsten Folgen seien, und glaubt, diese Behauptungen durch zwei Beobachtungen erhärten zu können. Ganz selbstverständlich ist Tschirjew auch ein enragierter Gegner des Salvarsans und plädiert dafür, daß in

Digitized by Google

allen russischen Krankenhäusern die Applikation intramuskulärer Hg-Injektionen und des Salvarsans — in welcher Form auch immer — streng verboten werden soll.

Lasch-Breslau.

Die Wassermann-feste Tabes — ein serologischer Vorbote der Taboparalyse, von D. M. Kaplan-New York. (J. Am. m. Assoc., 20. Dezember 1913.) Wie es verschiedene klinische Formen von Tabes gibt, so sind bei dieesr Erkrankung auch verschiedenartige serologische Befunde zu unterscheiden. Kaplan hat eine Reihe von Tabesfällen serologisch beobachtet, bei denen ungeachtet der Häufigkeit und der Dosierung der angewandten spezifischen Heilmittel die Wassermann-Reaktion des Serums positiv blieb; bei einigen fortgeschritteneren Fällen war dies auch der Fall in bezug auf die Zerebrospinalflüssigkeit. Diese Fälle bezeichnet K. als Wassermann-feste Tabes. Von zwölf hierhergehörigen Patienten entwickelte sich bei neun eine völlig ausgebildete Taboparalyse, während drei nach dem Auftreten von paralytischen Symptomen Selbstmord verübten. Bei Wassermann-fester Tabes sollte daher der Kliniker auf die Entwicklung einer Taboparalyse gefaßt sein. Fendt-Wiesbaden.

Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen den syphilogenen Erkrankungen: progressiver Paralyse und Tabes dorsalis und dem Alkoholismus chronicus mit besonderer Berücksichtigung der „4 Reaktionen", von Hans Pflüger-Hamburg. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1913, Bd. 46, S. 242.) Trotzdem die Klinik der Tabes, der Paralyse und des chronischen Alkoholismus in den letzten Jahren sehr gefördert worden ist und die Differentialdiagnose daher viel genauer begründet werden kann, gibt es bei diesen Erkrankungen eine ganze Reihe von Fällen, wo bei den vielen gemeinsamen Symptomen auch die eingehendste klinische Untersuchung zu keiner Entscheidung führen kann. Hier hat nun dem Verfasser die Berücksichtigung der „4 Reaktionen" [Wassermann in Blut und Liquor, Lymphozytose und Nonne-Apeltsche Reaktion (Phase I)] bei einer Reihe von Krankheitsfällen auf der Nonneschen Abteilung sehr gute Dienste geleistet resp. überhaupt erst die Diagnose ermöglicht. Daher glaubt er dem Ausfall der „4 Reaktionen" bei der Differentialdiagnose zwischen den syphilogenen Erkrankungen (Tabes und Paralyse) und dem chronischen Alkoholismus eine entscheidende Bedeutung beilegen zu dürfen. Oskar Gans-Hamburg.

Die moderne Behandlung der Tabes, von Josef Collins-New York. (M. Record, 11. Oktober 1913.) Verfasser gibt ein Resümee seiner Erfahrungen, besonders über die Salvarsanbehandlung, die er in den letzten drei Jahren an mehr als 100 Fällen versucht hat. Nach seiner Überzeugung ist die Ursache der Tabes stets Syphilis; als Beweis hierfür gilt ihm der positive Wassermann und die Lymphozytose der zerebrospinalen Flüssigkeit. Eine Kausalbehandlung der Tabes muß darum stets eine antisyphilitische sein, der jeder Patient mit den oben genannten Symptomen unterzogen werden sollte, wenn nicht besondere Kontraindikationen vorliegen. Die kombinierte Behandlung mit Quecksilber und Salvarsan ist nach seinen Erfahrungen dem Salvarsan allein überlegen, das Salvarsan aber dem Quecksilber. Notwendig ist allerdings, daß das Salvarsan wiederholt und in nicht zu kleinen Dosen gegeben wird; gewöhnlich gibt er vier volle Dosen (0,6 Salvarsan = 0,9 Neosalvarsan bei Männern, bei Frauen die Hälfte) innerhalb zweier Monate, d. h. er läßt der ersten Infusion die folgenden nach zwei, vier bzw. acht Wochen folgen; in der Zwischenzeit und darnach gibt er stets Quecksilber. Trotz dieser, bei Affektionen des Nervensystems sicher ungewöhnlich hohen Dosen hat er bei etwa 3000 Infusionen nie Unglücksfälle erlebt, ein einziges Mal eine Myelitis transversa, die nach vier Monaten wieder verschwand. In drei Fällen hat er auch ernste Symptome einer Arsenvergiftung und einige Male Kollaps gesehen, ohne daß er von dauernden schweren Konsequenzen sprechen könnte. Trotz seiner guten Erfahrungen mit Salvarsan

Digitized by Google

glaubt er nicht, daß das Salvarsan das Quecksilber vollkommen verdrängen kann; er hält sehr viel von der Wirksamkeit desselben, glaubt aber, daß wir unter gewöhnlichen Umständen nicht imstande sind, es in genügend hoher Dosis zu geben, da es den Allgemeinzustand außerordentlich ungünstig beeinflußt und depressiv wirkt. Im Gegensatz zu Hg und Salvarsan hält er gar nichts von der Wirksamkeit des Jodkalium, das er überhaupt nicht für ein Antisyphilitikum hält und bei Tabes und ähnlichen Erkrankungen des Nervensystems für nutzlos erklärt. Sehr wichtig und neben der antisyphilitischen Therapie nicht zu vernachlässigen ist das symptomatische Vorgehen gegen Schmerzen, Parästhesien, Sphinkterinkontinenz, Ataxie, Gelenkerkrankungen und Störungen von seiten des Sehnerven. Jede körperliche und geistige Überanstrengung, jede Übermüdung der Augen, jede Überlastung des Darms und der Blase sind zu vermeiden. Elektrizität, Massage, hydriatische Prozeduren, Nervendehnung, Diät, sachgemäße Auswahl klimatischer Faktoren, eventuell Luftwechsel sind in vielen Fällen von großem Nutzen. Was die Elektrität anlangt, so hat er besonders von der statischen Elektrizität in Form kleiner Funken und elektrischen Windes gute Beeinflussung der Parästhesien gesehen. Ein Mittel, das den sklerotischen Prozeß (abgesehen von der syphilitischen Infiltration) aufhält, gibt es nicht; Ergotin, Arg. nitr., Belladonna und Strychnin sind nach seinen Erfahrungen nicht imstande, den Krankheitsprozeß aufzuhalten, wenn sie auch für die Erleichterung mancher symptomatischer Beschwerden wirksam sein mögen.

W. Lehmann-Stettin.

Ein serotherapeutischer Versuch bei Tabes und Paralysis progressiva: arachnoideale Injektion mit Serum von Syphilitikern, von L. Bériel und P. Durand-Lyon (Zbl. f. Nervhlk., 1914, Nr. 10.) Die Kenntnis der lokalen Ansiedlung des Treponemas im Zentralnervensystem legte die Wichtigkeit eines lokalen Angriffs nahe, und man versuchte Quecksilber und Salvarsan direkt in die arachnoidealen Räume zu bringen; doch zeigte sich bald, daß das zu reizend auf die Nervenelemente wirke, und man kam zu der Überzeugung, daß für die Chemotherapie der Weg durch das Blut günstig sei, und daß der arachnoideale Weg nur für die Serotherapie benutzbar wäre. Die ersten Versuche in dieser Hinsicht von Swift und Ellis fielen nicht sehr ermutigend aus, was nach Ansicht der Verfasser daran lag, daß das von diesen benutzte Serum, das eine Stunde nach erfolgter intravenöser Salvarsaninjektion dem Kranken entnommen war, keine syphilitischen Antikörper, wohl aber noch Salvarsan enthält. Daher modifizierten Bériel und Durand die Versuche in zwei Punkten: 1. das Serum wird nicht eine Stunde nach der intravenösen Salvarsaninjektion, sondern nach mehreren solchen Injektionen und mindestens 24 Stunden nach der letzten durch Venäpunktion entnommen; dann hat man wohl ein Serum, welches kein Heilmittel mehr, sondern schon syphilitische Antikörper enthält, die einige Zeit brauchen um, im Organismus erzeugt zu werden. 2. Das Serum wird nicht von dem zu behandelnden Kranken genommen, sondern von einem Syphilitiker mit frischen Erscheinungen, da man annehmen kann, daß die Antikörper eines Tabikers oder Paralytikers nicht mehr so wirksam sind als die eines Kranken mit florider Lues. Ein solches Serum wird bei dem Tabiker durch Lumbal-, bei dem Paralytiker durch Schädelpunktion injiziert, und zwar 24 Stunden nach der Entnahme des Blutes und nach einem Erhitzen auf 56° ($^1/_2$ Stunde); diese letztere Vorsicht ist eine supplementäre Sterilisierung, welche die Antikörper nicht zerstört, und andererseits genügt, eine Superinfektion des Kranken zu vermeiden. Die Verfasser behaupten, daß solche Injektionen (von 10—20 ccm) in die Hirn- oder Rückenmarkshäute technisch ganz leicht und gefahr- und reaktionslos sind. Einer ihrer Kranken hat schon fünf solche Injektionen erhalten und noch fünf weitere Schädelpunktionen gut ertragen, die zum Zwecke einer Hirnbiopsie oder für zytologische Untersuchungen gemacht wurden. Das

Digitized by Google

Material, an dem die Verfasser ihre Versuche gemacht haben, ist noch zu gering, um ein Urteil über den Erfolg zu erlangen; in einigen Fällen haben sie noch nebenbei intravenöse Salvarsaninjektionen gegeben. Als einzige Vorsicht, die sie neben der strengsten Asepsis beobachten, lassen sie den Patienten während des Tages das Bett hüten. Die Verfasser empfehlen ihre Methode zur weiteren Nachprüfung. Lasch-Breslau.

Behandlung der Syphilis des Nervensystems, speziell der Tabes und Paralysis generalis, von Monrail-Kroher-London. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1914, Nr. 5.) Nach der Entdeckung der Spirochaeta pallida im Zentralnervensystem (Noguchi u. m.) meint Verfasser, daß man — nach Mott — die syphilitischen Erkrankungen am besten in 1. interstitielle und 2. parenchymatöse einteilen sollte. Die interstitiellen sind mit antisyphilitischen Mitteln dankbar zu behandeln: Hg, Jodkalium, Salvarsan. Die parenchymatösen behandelt er nach Swift mit intraavenösen Salvarsaninjektionen und darauffolgender Injektion von Patientenserum in die Zerebrospinalflüssigkeit. Aus der Behandlung von 24 Fällen von Tabes glaubt der Verfasser schließen zu dürfen, daß er ausgesprochene Besserung der ataktischen Symptome gesehen hat. Bei 3 Fällen von Paralysis generalis mit Trepanation über dem Frontallappen und subarachnoidaler Injektion von salvarsanisiertem Serum waren die vorläufigen Resultate ganz gut bei zwei, beim dritten kam Besserung erst nach einer vorübergehenden Verschlechterung.

Wilh. Holland-Kristiania.

Über Heilung tabischer Erscheinungen durch Arsen und durch Bakterienpräparate, von Döllken-Leipzig. (B. kl. W., 1913, Nr. 21.) Die sehr zahlreichen stationären Tabesfälle in jedem Krankheitsstadium (Naturheilungen) mahnen direkt zu aktiven Heilbestrebungen. Die Erfahrungen mit Salvarsan — Verf. hat mehr als 100 Fälle beobachtet — gehen dahin, daß die Tabiker ungleichmäßig auf Salvarsan reagieren. Gelegentlich wird temporär die Wassermann-Reaktion negativ. Kombination von Salvarsan und Quecksilber ergab dieselben Resultate wie Salversan allein. Als wertvolles Mittel bewährte sich auch die lösliche Arsenquecksilberverbindung Enesol. Verfasser berichtet weiter über seine Untersuchungen mit Bakterienprodukten. Diese haben gezeigt, daß die Entgiftung des Tabesvirus im menschlichen Körper durch eine ganze Reihe von Bakterienpräparaten — sicher auf Zeit — erreicht werden kann. Der Effekt ist nicht durch das Bakterieneiweiß, sondern in der Hauptsache durch Endotoxina bedingt. So sind sehr rasch gewachsene Pyozyaneuskulturen selbst in hohen Dosen nicht stark wirksam. Staphylokokkenvakzine ist selbst in großen Gaben wenig wirksam, die Staphylokokkenvakzine aber, welche einen kurzdauernden autolytischen Prozeß durchgemacht hat, vermag in geringen Mengen intensive Wirkung zu entfalten.

Georg Heymann-Elbing.

Salvarsan und Tabes dorsalis, von V. Vitek-Prag. (Revue o neuropsychopathologii, 1914, Nr. 7—8.) Mitteilung eines Falles von Tabes dorsalis mit typischen Symptomen, bei dem nach einer Salvarsaninjektion die lanzinierenden Schmerzen verschwanden, der Gang sich besserte, die Pupillen enger und gleich wurden und die Wassermannsche Reaktion negativ wurde. Als die Symptome nach einem halben Jahre wiederkehrten, wurde die Salvarsaninjektion mit dem gleichen guten Erfolge wiederholt.

G. Mühlstein-Prag.

Die neue Behandlungsweise der Tabes dorsalis und der progressiven Paralyse, von Julius Donath-Budapest. (Ther. d. Gegenw., November 1913.) Energische Salvarsankuren eventuell in Verbindung mit Enesol oder Quecksilberpräparaten können die wichtigsten Symptome zum Verschwinden bringen. Auch die Paralyse gehört nach den neuesten Forschungsergebnissen zu den Krankheiten, die einer energischen Behandlung zugänglich ist. Bei der Paralyse kann das Natr. nucleinicum mit dem Salvarsan kombiniert

Digitized by Google

werden, wenn eine antisyphilitische Kur angezeigt ist, und verdient das Salvarsan den Vorzug vor dem Quecksilber. Auch reine Natr. nucleinicum-Behandlung hat günstige Erfolge erzielt. Die neuesten Versuche erfordern die Leukozytosenbehandlung, wozu vielfach die Tuberkulininjektion angewandt wird. Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Praktische Gesichtspunkte zur Beurteilung der progressiven Paralyse, von Steyerthal. (Klin. ther. Wschr., 1913, H. 46.) Der für praktische Ärzte gehaltene Vortrag des Verfassers gipfelt in der Warnung, auch nach der zweifelsfrei gestellten Diagnose „progressive Paralyse" bei der Aufstellung der Prognose möglichst vorsichtig zu sein. Er verwirft die Anschauung der Psychiater, daß die Paralyse in fortschreitender Demenz zum Tode führe und erhebliche, langdauernde Remissionen sehr selten seien. Er beruft sich dabei auf zahlreiche Beobachtungen atypisch verlaufener Fälle von progressiver Paralyse, auf die er zuerst 1906 in eindringlicher Weise aufmerksam gemacht habe. Er verlangt vor allem die unbedingt sichere Diagnose der Paralyse, die er weniger aus den Ergebnissen der modernen klinischen Untersuchungsmethoden (Wassermannsche Reaktion aus Blut und Liquor, Nonnes Globulinreaktion Phase I und II und Pleozytosenachweis der Vermehrung der weißen Zellen) gestellt wissen will, als aus dem klinischen Krankenbefund. (Interessant ist, daß er für den Praktiker die Blutentnahme statt steriler Venäpunktion mit Schröpfkopf empfiehlt, die Zerebrospinalpunktion aber, als zu kompliziert, verwirft.) Weiterhin bespricht er die klinischen Stigmata der Differentialdiagnose gegen Neurasthenie und Tabes und Lues cerebri. Er stützt seine Warnung auf mehrere kasuistische eigene und fremde Beobachtungen jahrelanger Remissionen bei progressiver Paralyse, während deren die Patienten zum Teil hemmungslos ihrem früheren Berufe wieder nachgehen konnten und zitiert zur Bekräftigung seiner Warnung die Mahnung zur Vorsicht bezüglich der Prognose der progressiven Paralyse von Nonne (Syphilis und Nervensystem, 1909, 2. Auflage, S. 320). Der Verfasser will lieber sehen, wenn ein praktischer Arzt bei einem Falle von Paralyse unbegründete Hoffnungen auf Heilung erweckt, als wenn er denselben von vornherein der Irrenanstalt überweist. Glombitza-Dresden.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Eine Methode der Einführung von Heilmitteln in den zerebralen Teil der Zerebrospinalflüssigkeit, von C. A. Ballance-London. (Lanc., 30. Mai 1914.) Nach den Untersuchungen von verschiedenen Verfassern (Key u. Retzius, Golla u. a.) gelangen Substanzen, welche in den Rückenmarkskanal eingeführt werden, nur in sehr geringem Maße oder gar nicht auf dem Wege der Zerebrospinalflüssigkeit bis ins Gebiet des Gehirns. Verfasser hat deshalb im Verein mit H. Campbell den Versuch gemacht, Salvarsanserum direkt in den Subduralraum einzubringen; dies erwies sich aber als undurchführbar, denn die eingebrachte Flüssigkeit (6 ccm) blieb nur so lange in situ, als das zuführende Rohr resp. Glasgefäß hochgehalten wurde und somit ein kräftiger Druck ausgeübt wurde. Nach Entfernung der Kanüle wurde die überschüssige Flüssigkeit durch die Punktionsöffnung im Strahl ausgestoßen. Es wurde deshalb nach erfolgter Trepanierung eine feine Hohlnadel mit Obturator vertikal durch das Gehirn neben der Falx in der Richtung auf das Corpus callosum (Balkenstich) eingeführt, bis man in einen Hohlraum, das Cornu anterius, des Seitenventrikels gelangte. Auf diese Weise gelang es, sowohl Zerebralflüssigkeit ausfließen zu lassen, als auch physiologische Kochsalzlösung und Salvarsanserum (35—60 ccm) einzuführen. Solche Serumeingießungen hat Verfasser bisher fünfmal ausgeführt, bei zwei Patienten je zweimal und bei einem Patienten ein-

Digitized by Google

mal. Bei dem letzten Fall wurde dem Serum noch 0,009 Neosalvarsan zugefügt. Irgend welche bedenklichen Erscheinungen traten bei dem Eingriff nicht hervor. Philippi-Salzschlirf.

Arbeitsbericht aus dem Radiuminstitut in London vom 1. Januar bis 31. Dezember 1913, von A. E. Hayward Pinch. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Karzinome der Mund-, Zungen- und Pharynxschleimhaut erwiesen sich nach wie vor als refraktär gegen Radiumwirkung. Dagegen sind die Uteruskarzinome ein dankbares Gebiet. Am meisten wurde das Mammakarzinom behandelt und zwar mit gutem Erfolge. Die Pagetsche Krankheit läßt sich bei oberflächlichem Sitz schnell beseitigen ohne Filter, die tiefere Infiltration erfordert längere Behandlung mit stark gefilterten Strahlen. Das Ulcus rodens reagiert in seinem hypertrophisch, knotigen Typ äußerst günstig auf Radium, im Gegensatz zu dem ulzerierenden Typ. Leukoplakieflecken auf der Zunge, Wange oder Vulva werden durch Radium prompt entfernt, neigen aber zu Rezidiven. Flache, oberflächliche Nävi erfordern viel Geduld und äußerste Vorsicht, Naevi cavernosi dagegen reagieren ausgezeichnet auf Radium, namentlich wenn man Kreuzfeuer anwenden kann. Warzen und Papillome verschwinden ausnahmslos nach kurzer Exposition. Beim Lupus vulgaris ist das Finsen-Licht dem Radium bei weitem vorzuziehen. Lupus erythematosus wird im allgemeinen günstig durch Radium beeinflußt. Keloide geben gute Resultate, Psoriasis und chronisches Ekzem weichen schnell kurzen ungefilterten Expositionen. Indessen rezidiviert die Psoriasis auch wieder. Lichen simplex wird oft schnell und vollständig geheilt. Auch bei Pruritus zeigte sich ein günstiger, analysierender Effekt des Radiums. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Bericht über Arbeiten im Radiuminstitut vom 1. Jan. bis 31. Dez. 1913, von A. E. H. Pinch-London. (Lanc., 23. Mai 1914 und Brit. m. J., 23. Mai 1914.) Von dermatologischen Affektionen, welche neben vielem anderen Material zur Behandlung kamen, sind zu nennen: Keloid, Lupus erythematosus, Psoriasis, Lichenisierung der Haut, Nävi, Ulcus rodens, Pruritus usw. Im allgemeinen stimmen die Erfahrungen P.s mit denen anderer Beobachter überein. Sehr gute Resultate werden oft bei Lupus erythematosus erzielt durch kurzdauernde Exponierungen, mit einem Apparat von $^1/_2$ oder $^1/_4$ Stärke und bei leichter Abblendung verabreicht, bei Wiederholungen mit etwa vierwöchigen Pausen. Beim Ekzem wurde meist eine Applikation von 2—5 Minuten Dauer ohne Blende drei Tage hintereinander gegeben und nach 14tägiger Pause die Prozedur wiederholt. Manche Patienten wurden auf diese Weise radikal geheilt, aber bei Psoriasis hatte das gleiche Verfahren meist nur einen vorübergehenden Erfolg, wenn schon die Rezidive oft auch viele Monate lang ausblieben. Für Pruritus kamen kurze Sitzungen ohne Abblendung in Anwendung; bei rein neurotischem Juckreiz war das Resultat im ganzen wenig ausgeprägt, aber bei Fällen mit bestimmten Läsionen, wie Leukoplakie oder Hyperkeratose war die Methode oft von dem allergrößten Werte.
Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Die Leitung der neuen Brady Urological Clinic am Johns Hopkins-Hospital in Baltimore wurde Dr. Hugh H. Young übertragen. Die Anstalt ist die einzige dieser Art in Amerika und wurde auf Kosten von Mr. James Buchanan Brady in New York errichtet.

Geh. Med.-Rat Prof. Albert Neisser-Breslau ist zur Zeit stellvertretender Dekan der medizinischen Fakultät.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. Dezember 1914 | Nr. 49 | Band 59

Aus dem Laboratorium der dermatologischen Klinik
des Akademikers Prof. T. P. Pawlow-St. Petersburg.

Zur Frage des experimentellen Xanthoms[1]).

Von

Dr. A. J. Lebedew.

(Mit 1 farbigen Tafel.)

Im Jahre 1912 hatten wir Gelegenheit, in der dermatologischen Klinik des Prof. T. P. Pawlow einen besonders interessanten Fall von generalisiertem Xanthom mit der Ablagerung einer doppeltbrechenden lipoiden Substanz in den Zellengeweben der chronisch entzündeten Lymphdrüsen eines Kranken zu beobachten.

Dieser letztere Umstand, neben einer ganzen Reihe anderer klinischer und pathologisch-anatomischer Eigentümlichkeiten dieses Falles, gab uns Veranlassung, denselben als eine neue klinische Form des Xanthoms zu beschreiben und ihn als „Xanthoma multiplex pseudodiabeticum cum lymphadenitide xanthomatosa“ zu bezeichnen (Dermatologia, 1913, 1, 2, 3 und 4). Die Ursachen, aus welchen, den modernen wissenschaftlichen Daten zufolge, die Xanthome der Haut sowie der inneren Organe sich entwickeln, fanden in diesen Aufsätzen besondere Berücksichtigung.

Bereits 1888 lenkte Quinquaud auf die Blutveränderung Xanthomkranker seine Aufmerksamkeit und fand in dem Blute derselben bedeutende Mengen von Fett und Cholesterin und einen verminderten Hämoglobingehalt. Der Autor meint, daß das Fett, indem es im Blute zirkuliert, sich in den Zellen des Bindegewebes absetzt, dieselben zum Wuchse und zur Fortpflanzung anregt, die Entwicklung der Entzündung verhindert und nur zur Fettumbildung in den Zellen des Bindegewebes führt.

Trotzdem wurden aber im Laufe der nachfolgenden 20 Jahre die von Quinquaud erzielten Resultate von einer Reihe bedeutender Dermatologen nicht anerkannt und wurde das vulgäre und das diabetische Xanthom, den Beschreibungen der meisten Autoren nach, als eine infolge lokaler Fettdegeneration in den Zellen des Bindegewebes entstehende lokale Erkrankung dargestellt. Erst 1908 stellten Stoerk und nachher

[1]) Vortrag in der Russischen Dermatologischen und Syphilidologischen Gesellschaft W. M. Tarnowsky, mit Demonstration mikroskopischer Präparate (28. April 1913).

Digitized by Google

F. Pinkus und L. Pick, gelegentlich ihrer Untersuchungen der Xanthomgeschwülste, die Anwesenheit einer doppeltbrechenden Substanz der Ester des Cholesterins in demselben fest.

Von diesem Momente an bekam die Ätiologie der Xanthoms eine neue Beleuchtung und ist der Zusammenhang zwischen dem erhöhten Inhalt der Verbindungen des Cholesterins im Blute und dem zum Auftreten des Xanthoms auf der Haut und den inneren Organen nunmehr endgültig festgestellt. Einem Vorschlage Picks folgend, übernahm es Pringsheim, die chemische Identität des Cholesterins beim Diabetes und Ikterus und des Cholesterins, welches sich bei Xanthomerkrankungen im Zellengewebe ablagert, festzustellen und bewies, daß die in den Xanthomzellen enthaltene Substanz aus Cholesterinsäureestern besteht. Demzufolge ist auch die Annahme von Pinkus und von Pick über den Zusammenhang des Xanthoms, des Diabetes und des Ikterus, der Meinung der Autoren nach, als vollkommen bewiesen zu betrachten. Bei Diabetes und Ikterus macht sich im Blute die Zunahme des Inhaltes fettsaurer Ester des Cholesterins bemerkbar und hat eine anormale Hypercholesterinämie zur Folge. Histologische Untersuchungen stellten fest, daß bei diesen Krankheiten sich die Hautxanthomatosen mit Ablagerung einer eigenartigen fettigen Substanz im Xanthom bemerkbar machen. Eine direkte chemische Untersuchung dieser Substanz in einer Xanthomzelle (Pringsheim) zeigte, daß es fettsaure Ester des Cholesterins waren, was wiederum die Veranlassung gibt den Schluß zu ziehen, daß in solchen Fällen das Xanthom sich infolge lokaler Ablagerungen des im Blute zirkulierenden Cholesterins bildet.

Chauffard behandelt in seinem Aufsatze „Über die lokalen Ablagerungen des Cholesterins" die Xanthomatosen der Haut und der inneren Organe als einen, infolge des veränderten und gestörten Cholesterinaustausches (Hypercholesterinämie) entstehenden Prozeß. Diesem Prozesse liegt, der Meinung des Autors nach, nicht Cholämie zugrunde, sondern Hypercholesterinämie, Überfüllung des Blutes durch die Verbindungen des Cholesterins, welche sich alsdann in den Geweben ablagern und die Cholesterin-„Tophi" bilden. Eine Reihe von Autoren (Flint, Pagés, Fischer, Klampeber usw.) konstatierte im Blute Ikterus- und Diabeteskranker reichliche Mengen von Cholesterin. In dem Falle Thibièrge wurde im Blute des Kranken ein kolossales Quantum der Cholesterinverbindungen ermittelt (5,75 Cholesterin pro 1 Liter). Auf diese Weise kann die Hypercholesterinämie, den modernen wissenschaftlichen Daten entsprechend, ungeachtet der Ursachen ihres Entstehens, als Ursache der Ablagerung des Cholesterins in der Haut und den inneren Organen gelten. Die Ablagerungen der Verbindungen des Cholesterins finden in denjenigen Körperteilen statt, wo eine geschwächte Widerstandsfähigkeit der Gewebe sich bemerkbar macht. Dieser letztere Umstand wird durch grobe mechanische Momente (z. B. das Ein- und Ausbiegen der Endglieder) hervorgerufen, was die Ablagerung des Cholesterins in der Haut (klinisches Xanthom), und zwar öfters auf den Gelenkgebieten, zur Folge hat; sonst aber ist das Entstehen der Xanthome gänzlich unbekannten Ursachen zuzuschreiben. Auf diese Weise können sich die Ablagerungen des Cholesterins in jedem beliebigen Organ und Gewebe lokalisieren.

Digitized by Google

In letzterer Zeit haben einige Gelehrte es versucht, den Zusammenhang zwischen der Abwesenheit anisotropischer Fettsubstanzen im Organismus des Menschen und des Tieres und dem pathologischen Zustande desselben festzustellen. Diese Beobachtungen, abgesehen von ihrem theoretischen Interesse, sind von weitgehendster praktischer Bedeutung. Wie bereits oben gesagt, haben Pringsheim, Pick, Pinkus, Chauffard und andere Autoren, welche die Beobachtung der Vergrößerung des Inhaltes der Cholesterinverbindungen im Blute Ikteriker und Diabetiker gemacht haben, auch den Zusammenhang dieses pathologischen Zustandes mit dem Entstehen der Hautxanthomatosen festgestellt. Chauffard kostantiert außerdem den Zusammenhang zwischen dem Wachsen der Cholesterinverbindungen im Blute und solchen Krankheiten, wie z. B. chronischer Nephritis, Atheromatosis der Butgefäße usw. Die Schule des Prof. A. J. Moisejeff lieferte bei ihrer Behandlung der Frage der experimentellen anisotropischen Cholesterinester-Verfettung sehr interessante Arbeiten. Durch eine ganze Reihe Untersuchungen von Organen der mit reinem Lezithin gefütterten Kaninchen, gelang es Wessjelkin zu beweisen, daß die Lezithingruppe, infolge des Fütterns der Tiere mit Eigelb entstehenden pathologisch-anatomischen Veränderungen gar nicht beteiligt ist, d. h. er bewies durch die Exklusivität die direkte pathologische Wirkung der im Eigelb befindlichen Verbindungen des Cholesterins in einer dem Inhalte des Lezithins gleichen Proportion. Bei seinem mit reinem Cholesterin angestellten Experimenten (Füttern der Tiere mit Cholesterin in Sonnenblumenöl) beobachtete Chalatow im Organismus dieser Tiere eine Massenerscheinung flüssiger Kristalle (Ester des Cholesterins), sowie die Art und Weise des Entstehens und besondere Eigenschaften derselben. Demselben Autor gelang es, die Wirkung der experimentellen Cholesterinester-Verfettung auf die inneren Organe des Kaninchens zu beweisen: er machte Beobachtungen der Infiltration der doppelt brechenden Substanz (flüssige Kristalle), d. i. der Ester des Cholesterins der Leber, der Milz und des Knochenmarks und der durch die Infiltration hervorgerufenen zirrhotischen Umwandlungen in den Organen. Ferner entdeckte Anitschkow krasse atheromatöse Umwandlungen, die in der Aorta eines Kaninchens unter der Wirkung einer experimentellen Cholesterinester-Verfettung und der Umwandlung des bluterzeugenden Systems vor sich gingen und welche dank dem Erscheinen großer phagozytierender Zellenelemente in bedeutenden Mengen, welche die doppeltbrechende Substanz in sich nahmen, zu erkennen waren.

In seiner letzten Arbeit „Über experimentell erzeugte Ablagerungen von Cholesterinestern und Anhäufungen von Xanthomzellen im Substanzenbindegewebe des Kaninchens“ (M. m. W., 1913, Nr. 46, S. 2555) teilt Anitschkow die Resultate seiner mit Kaninchen, die längere Zeit mit reinem Cholesterin gefüttert wurden und welchen sodann, zwecks Hervorrufens lokaler Cholesterinablagerungen, der Autor sterile Fremdkörper in das unter der Haut befindliche Bindegewebe einführte, angestellten Experimente mit. Während bei den Kontrollkaninchen, welchen kein Cholesterin mit dem Futter gegeben wurde, keinerlei Veränderungen in der Nachbarschaft des eingeführten Fremdkörpers sich bemerkbar machten, waren bei den Kaninchen, die längere Zeit mit Cholesterin gefüttert

Digitized by Google

wurden, enorme Anhäufungen charakteristischer, mit einer doppeltbrechenden lipoiden Substanz gefüllte Xanthomzellen zu beobachten. Diese Xanthomzellen, resp. Makrophagen, erschienen nach 3—4 Tagen nach der Einführung des Fremdkörpers und des Anfanges der Entzündung, wobei die Ablagerung der Cholesterinverbindungen ausschließlich in denselben vor sich ging. Die Makrophagen erwiesen sich als vergrößert, zeigten ein charakteristisches, stark vakuolisiertes Protoplasma und wiesen der Meinung des Autors nach „sämtliche Eigenschaften auf, die auch für die Xanthomzellen des Menschen typisch sind". Die Makrophagen verteilten sich in Gruppen und Züge und hatten ein besonders charakteristisches Aussehen. Der Autor meint, daß die Bildung der experimentellen Xanthomzellen bei Kaninchen im Zusammenhange steht mit 1. einem gewissen Sättigungsgrade des Kaninchens mit Cholesterin und 2. auch mit dem Grade der Intensität der vorgenommenen lokalen Reizung. Im Gegensatz zu den „Pseudoxanthomzellen-Makrophagen", welche nach Aschoff die Hauptrolle bei der lokalen Resorption der Cholesterinmassen beim eiternden Zerfall der Gewebe in den Eiterstätten spielen, wurden, wie es der Autor behauptet, die Xanthomzellen bei aseptischen Entzündungen entdeckt, welcher Umstand demnach Anitschkow die Veranlassung gibt, die Cholesterinablagerungen in denselben als einen rein infiltrativen Prozeß zu betrachten. Die Ablagerung des Cholesterins in das Protoplasma der Makrophagen entsteht nach der Meinung des Autors an allen denjenigen Stellen, die irgend welcher Reizung unterworfen worden sind. Bei Tieren, welchen längere Zeit Cholesterin eingegeben wurde, sind die Ablagerungen derselben auch in den Makrophagen beobachtet worden, während man gewöhnlich solche Ablagerungen in den Bindegeweben, d. i. in den Klasmatozyten Ranviers vorfindet, welch letztere sich alsdann in Xanthomzellen verwandeln. Der Entwicklungsprozeß der Xanthomzellen, bei mit Cholesterin genährten Kaninchen, war augenscheinlich generalisiert und entwickelte sich nicht nur in dem unter der Haut befindlichen Gewebe, sondern auch in dem Gewebe des Myokardiums. Nach der Meinung des Autors ist die Anwesenheit der Cholesterinverbindungen in dem Endothelium, resp. in den interstitiellen Zellen der Milz und des Knochenmarks dadurch zu erklären, daß diese Zellen zur Gruppe der Phagozyten des Bindegewebes gehören und die Cholesterinverbindungen aus dem Blute in sich aufnehmen, wobei diese letzteren in denselben in Gestalt dünnster Suspension oder Emulsion sich befinden.

Diese von Anitschkow erhaltenen, äußerst wichtigen Daten machen sozusagen Epoche in der Geschichte der Frage über das Entstehen des Xanthoms. Unabhängig von den Experimenten Anitschkows wurden von uns im Jahre 1913 selbständige Versuche unternommen, deren Resultate uns erst $1^1/_2$ Monate nach dem Anfange der Untersuchungen bekannt wurden.

Die von uns angestellten Versuche hatten die Beleuchtung einiger unklaren Fragen zum Zweck, welche bei uns noch nach der Untersuchung des im Anfang dieses Aufsatzes erwähnten Xanthomfalles un-

Digitized by Google

aufgeklärt blieben. In erster Linie interessierte uns die Frage über die Größe des Zusammenhanges zwischen der Hypercholesterinämie des Blutes und des in den Geweben der Derma sich entwickelnden Xanthoms und ob die Möglichkeit vorhanden ist, ein experimentelles Xanthom zu erzielen, welches, seiner Form nach, wenn auch nur teilweise, seinem klinischen oder histologischen Charakter nach, dem Xanthom beim Menschen ähnlich ist.

Um jedoch die Verhältnisse zu schaffen, bei welchen der Meinung unserer zeitgenössischen wissenschaftlichen Autoritäten zufolge sich das Xanthom der Haut entwickelt, müssen wir in erster Linie die Hypercholesterinämie zu erzielen suchen. Um aber dieses Resultat zu erzielen, sind die zu Versuchszwecken bestimmten und im Laufe von $3^1/_2$ Monaten mit erwärmtem und in Sonnenblumenöl aufgelöstem Cholesterin genährten Kaninchen, nachdem ein gewisser Sättigungsgrad bei denselben erreicht ist, zu weiteren Versuchen zu verwenden. Wir setzten es uns zum Ziel, den Mechanismus der Ablagerungserscheinungen des Cholesterins im Derma zu untersuchen und, wenn möglich, auch das Entstehen des Xanthoms, welches klinisch dem „Xanthoma planum und tuberosum“ nahesteht, zu verfolgen, bei welch letzterem die Cholesterinablagerungen sich ausschließlich in dem Bindegewebe der Haut lokalisieren. Zu diesem Zwecke haben wir bei den längere Zeit mit Cholesterin genährten Kaninchen durch das Derma derselben einen mit 10%iger KOH stark geätzten Faden durchgezogen und nähten in kleine Ledertaschen, in siedendem Wasser durchsterilisierte Pfropfenstücke ein. Die hernach ausgeschnittenen Hautstücke, mit den in der Nachbarschaft der Fremdkörper sich entwickelnden Entzündungen, wurden von uns zwecks Auffindung der Cholesterinverbindungen eingehend geprüft. Die ersten von uns in dieser Richtung unternommenen Versuche waren von keinem Erfolge gekrönt, obwohl hier und da im Derma in großen phagozytierenden Elementen eingeschlossene Cholesterinablagerungen sich bemerkbar machten, welche aber von nur geringer Bedeutung waren. Wir ließen uns aber durch solche Mißerfolge nicht entmutigen und unternahmen in allerletzter Zeit neue Versuche. Den zu diesen Versuchen bestimmten Kaninchen, welche bereits $3^1/_2$ Monate mit Cholesterin genährt wurden, haben wir in das Derma eine 10%ige Auflösung NaOH eingespritzt. Nach Absonderung der sich im Laufe einiger Tage bildenden nekrotischen Schuppen untersuchten wir nicht die Zone der scharfen Entzündung, sondern das die Zone obiger Entzündung umgebende, weniger scharf entzündete Gewebe des Derma, auf welchem sämtliche Stadien des Entzündungsprozesses auch weniger scharf zum Vorschein kamen und wo das Zellengewebe des Infiltrats, welches diese Zone ihrer Struktur

Digitized by Google

nach den Granulomen nahebringt, sich befindet. Im Laufe weiterer 5 bis 7 Tage reizten wir durch Bürstenreibung ein gewisses Gebiet der Hautoberfläche des Kaninchens und zogen durch dasselbe Hautgebiet einen in KOH stark geätzten Faden. Auf diese Weise hatten wir erstens das Hervorrufen eines Blutzuflusses in diesem Hautgebiete im Auge und wollten sodann durch das Einführen eines Fremdkörpers eine Entzündung hervorrufen. So gelang es uns interessante Resultate zu erzielen, und halten wir es nunmehr für möglich, dieselben nachstehend mitzuteilen.

In dem aus Lymphozyten, Fibroblasten und Polyblasten Maximows, sowie aus einem kleineren Quantum polynukleärer Leukozyten, Pseudoeosinophiler und Mastzellen bestehendem Infiltrate fanden wir, an den Innenwänden kreuz und quer durchschnittener Kapillaren und größerer Gefäße, eine doppeltbrechende Masse, bestehend aus kleinen Kristallen. Das Endothelium solcher Gefäße enthielt in seinem Protoplasma fast immer Tropfen einer lipoiden Substanz (Sphärokristalle), und außerdem konnte man an einigen Stellen der Präparate sehen, wie die Entfernung der Kristallmassen einer lipoiden Substanz nach Zerstörung der Wände in das die Gefäße umgebende Gewebe vor sich ging. An vielen Stellen unserer Präparate konnten wir enorme Mengen der anisotropischen, doppeltbrechenden Substanz in Gestalt kleiner, kernähnlicher und kristallischer Massen sehen, welche in kleineren und größeren Anhäufungen zwischen den Zellen des Infiltrats verteilt waren. Was die durch die doppeltbrechende Masse infiltrierten Zellenelemente anbetrifft, so müssen wir uns der Ansicht Anitschkows zuneigen. Auf dem ganzen Gebiete der Entzündung, sowie in der Nähe der Gefäße und der im Derma freiliegenden Massen der lipoiden Substanz, fanden wir große Makrophagenpolyblasten, deren vakuolisierte und schaumiges Protoplasmas mit Tropfen verschiedener Größe und Form des Cholesterinesters (flüssige Sphärokristalle) gefüllt waren. Das waren die echten „Xanthomzellen". Übrigens müssen wir hierbei bemerken, daß in unseren Präparaten nicht nur diese Zellen den Inhalt einer anisotropischen Substanz aufweisen. Verschieden große Sphärokristalle waren auch teilweise in dem vakuolisierten Protoplasma der Fibroplasten zu sehen (Fig. 3).

Wir halten es für nicht überflüssig noch darauf aufmerksam zu machen, daß, obwohl jetzt viele Autoren die Frage über die Morphologie der Xanthomzelle im Sinne der Zugehörigkeit derselben zur Kategorie der Makrophagen (Anitschkow, Kammer, Aschoff) lösen, wie wir später sehen werden, daß jene Autoren, welche zuerst die Anwesenheit der Xanthomzelle im Xanthom ermittelten und derselben eine spezifische Bedeutung zuschrieben, in ihren Beschreibungen der Zellen, die auch unseren Anschauungen entsprechen, auf andere morphologische, mit Fett resp. Lipoiden gefüllte Elemente hinwiesen. de Vincentiis, welcher bereits im Jahre 1883 den Begriff der Xanthomzellen einführte, weist darauf hin, daß die letzteren in bezug auf Größe, Form und Aussehen sehr un-

Digitized by Google

gleich sind. Touton (1885) bemerkt, daß die kleineren Xanthomzellen in sternähnlich-spindelförmiger oder in rundlich-ovaler Form vorkommen. Török weist auch direkt darauf hin, daß an den Peripherien der Papeln oder Flecken des Xanthoms (Xanthoma planum und tuberosum) in der Regel stern- oder spindelförmige, einen hellen Kern enthaltende Zellen zu sehen sind, in deren Protoplasma Körnchen vorgefunden werden, und zwar nach Schwärzung derselben durch die Osmiumsäure. Derselbe Autor stellt auch die Übergangsformen zwischen solchen Xanthomzellen und den Zellen des Bindegewebes fest.

Töpfer (1897) beobachtete auch in den Xanthomen die Fettablagerung in den Zellen des Bindegewebes. Ebensolche Funde wurden in den Xanthomen von Unna und Krzysztalowicz gemacht. Pollitzer und Udo Wile weisen in ihrer Arbeit (1912) direkt darauf hin, daß in dem Protoplasma der Fibroblasten, welche die Xanthompapeln des Bindegewebes umgeben, eine lipoide Substanz in Gestalt kleiner Körnchen oder größerer Tropfen vorzufinden war. Zudem sind auch in der Literatur mehrere reine Fibroxanthomfälle, d. i. der Xanthome, welche fast ausschließlich aus einem fibrösen Gewebe (Török, Unna usw.) bestehen, bekannt. Das oben Gesagte beweist nunmehr, daß bei den lokalen Ablagerungen des Cholesterins in der Haut und dem unter der Haut befindlichen Zellengewebe (Xanthoma planum tuberosum „au tumeurs") die Makrophagen nicht als die einzigen Zellen, in welchen die Lipoide sich ablagern, betrachtet werden können. Dieselben infiltrieren ebenso die Zellen des Bindegewebes resp. der Fibroblasten. Wir würden unsere Versuche a priori nicht als zu Ende gebracht betrachten, wenn es uns nicht gelungen wäre, bei experimentell erzeugter Hypercholesterinämie und lokaler Reizung die Ablagerung doppeltbrechender Lipoide in fixierten Zellen des Verbindungsgewebes zu erhalten.

Indessen gelang es uns aber, wie es die Fig. 2 illustriert, indem wir uns an die oben beschriebene Technik der Experimente hielten, die Ablagerung einer anisotropischen Substanz in den Fibroblasten hervorzurufen. Diese letzteren befanden sich hauptsächlich an den Seitenteilen des experimentellen Granuloms und enthielten in ihrem Protoplasma oft ganz enorme Mengen der lipoiden Substanz, welche sich in Gestalt größerer und kleinerer Tropfen (Sphärokristalle) niedersetzte. Der Kern dieser letzteren ist vollkommen typisch und ihre Struktur sowie die Struktur sämtlicher anderen Zellenbestandteile ist gewöhnlich auch nicht verletzt. Eine Zerstörung oder Veränderung derselben, wie wir und andere Autoren bereits zu beobachten die Gelegenheit hatten (Touton, Török, Pollitzer, Dubreuilh usw.), war in den Xanthompapeln nicht zu vermerken. Übrigens trat die Infiltration der Fibroblasten mit doppeltbrechenden

Digitized by Google

Substanzen deutlich hervor, gab aber, was ihre Kraft anbetrifft, der Infiltration derselben Zellen durch die Lipoide in den Xanthomen bedeutend nach. Dieser letztere Umstand läßt sich gut erklären, indem man den verhältnismäßig kleinen Grad der mit unseren Versuchen erzielten Hypercholesterinämie in Betracht zieht.

Bei der Untersuchung des im Blute eines Versuchskaninchens befindlichen Cholesterinquantums stellte es sich heraus, daß der Inhalt des Cholesterins 3,7 auf einen Liter nicht überstieg, während im Blute Xanthomkranker derselbe in weit größerem Quantum zu finden ist und das oben angeführte Quantum oft um 2 g übersteigt. Auf diese Weise geht wahrscheinlich parallel neben dem Wachsen des Cholesterininhaltes im Blute, auch die Zunahme der Ablagerungen auch in den Zellen und Geweben vor sich.

Auf Grund des oben Gesagten können wir nunmehr konstatieren: die volle Möglichkeit der Erzeugung experimenteller Granulome mit Ablagerung doppeltbrechender Lipoide in den Makrophagen, mit freier Ablagerung derselben im Derma, vorzugsweise in der Nähe der Gefäße, zwischen den Zellen des Infiltrats, in den fixen Zellen des Bindegewebes, sowie in dem Endothelium der blutführenden Gefäße. Demzufolge entwickeln sich experimentell die Xanthome, welche dann in der Kutis sich lokalisieren, der infiltrativen Theorie vollkommen entsprechend. (Schluß folgt.)

Bücherbesprechungen.

Beschreibung der Moulagen von Hautkrankheiten aus der Leipziger Dermatologischen Klinik (Direktor: Prof. Rille), von H. Dettenborn. (Diss., Leipzig 1913.) Vorliegende Dissertation behandelt die Moulagen von Hautkrankheiten, nicht von venerischen Affektionen, letztere sollen demnächst in gleicher Weise zur Veröffentlichung gelangen. Die ausgezeichnete, dem Referenten aus eigener Anschauung bekannte Sammlung der Leipziger Klinik, welche gerade für Lehrzwecke aufgebaut wurde, findet durch die Feder des jungen Verfassers eine die einzelnen Objekte präzise und plastisch beleuchtende Darstellung, wie sie der Wiener Tradition entspricht. Je mehr Serologie, Bakteriologie und das Mikroskop benötigende Studien die Ausbildung des werdenden Arztes beherrschen, um so mehr treten „das klinische Sehen und Untersuchen" in den Hintergrund. Ein glücklicher Gedanke, „das Sehen" an der Fülle — es sind insgesamt 179 Objekte — der zu einem Teil auch die seltenen Dermatosen wiedergebenden Moulagen beweisen zu lassen. Dabei ersetzen die vollendetsten Moulagen ja niemals auch nur entfernt das lebende Objekt. Referent ist ehrlich genug, einzugestehen, daß die Diagnose einer entlegenen Dermatose nach einer Moulage ihm schwer fällt, und daß die Moulage für ihn vorwiegend einen Erinnerungswert hat. — Der Dettenbornschen Arbeit folgen hoffentlich bald gleiche Darstellungen aus anderen Sammlungen. Delbanco.

Die exsudative Diathese. Akademische Antrittsvorlesung von S. Samelson-Straßburg i. E. (Julius Springer, Berlin 1914.) S. verlangt, daß auf der einen Seite das

Digitized by Google

ursprünglich von Czerny für die exsudative Diathese gegebene Symptomenbild eingeschränkt, andererseits seine therapeutischen Ratschläge ergänzt werden müssen. Nach S. sind weder der pastöse Habitus noch die mangelnde Zunahme beim jungen Säugling Zeichen der exsudativen Diathese. Die Phlyktänen werden von der Mehrzahl der Ophthalmologen im Gegensatz zu Czerny zur Skrofulose gerechnet; jedenfalls ist in der Mehrzahl der Fälle die Pirquetsche Reaktion positiv. Auch bei der Bewertung der Intertrigo muß man sehr vorsichtig sein. Intertrigo in den Inguinalgegenden beruht fast immer auf Unsauberkeit. Denselben Grund hat aber auch oft genug das Wundsein in den Achselhöhlen und hinter den Ohren. Mit vielen anderen Verfassern steht S. auf dem Standpunkt, daß in der lokalen Salbenbehandlung der Hauterscheinungen eine wesentliche Unterstützung der diätetischen Therapie zu sehen ist.

Eugen Brinietzer-Altona.

Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte, von E. Kromayer-Berlin. (Gustav Fischer, Jena 1914.) Dies Repetitorium erscheint hier in fünfter Auflage und ist hauptsächlich für den Klinizisten zum Nachlesen der in der Klinik vorgestellten Fälle bestimmt, aber auch für den praktischen Arzt, der nicht immer Zeit hat, ausführliche Lehrbücher zu Rate zu ziehen. Die neue Auflage hat sich die Fortschritte der Wissenschaft zu eigen gemacht und namentlich die neuen Forschungen und Behandlungsweisen der Syphilis berücksichtigt. Felix John-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Der heutige Standpunkt der Lues-Paralysefrage, von M. Nonne-Hamburg. (Zschr. f. Nervhlk., Bd. 50, H. 4—6.) Trotzdem heute alle Beobachter sich darüber klar sind, daß zwischen Tabes, Paralyse und Syphilis ein Zusammenhang besteht, so betont Nonne doch, daß beide Erkrankungen sich wesentlich unterscheiden von den echt syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, d. h. denjenigen Krankheitsbildern, die man als die Folge von Endarteriitis syphilitica, einer gummösen Erkrankung der Meningen und der Nervensubstanz oder einer Kombination beider kennt. Die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale sind: 1. klinisch, a) die unaufhaltsame, wenn auch verschieden aktuelle Progression und die Uniformität des klinischen Bildes, b) der längere Intervall zwischen Infektion und Auftreten der Krankheit, c) das Fehlen einer Beeinflussung des Krankheitsprozesses durch die antisyphilitische Therapie. 2. Auf anatomischem Gebiete das Systematische des Prozesses in bezug auf die Erkrankung bestimmter Partien des Zentralnervensystems, das charakteristische Nebeneinander von entzündlichen und rein degenerativen Prozessen und das Auftreten bestimmter Zellgebilde (Stäbchenzellen, Plasmazellen) bei der Paralyse. Aus diesem Grunde wurde der Name „Meta"- oder „Para"-Syphilis geschaffen, das soll heißen Tabes und Paralyse seien zwar „d'origine syphilitique", aber nicht „de nature syphilitique". Nun führten die folgenden Entdeckungen dazu, daß sehr viele Forscher geneigt wurden, die metaluetischen Erkrankungen als echt syphilitische aufzufassen. (Omnis tabes e lue.) Die Etappen waren: der Nachweis der Lymphozytose, die Eiweißvermehrung, die Vermehrung der Globuline im Liquor; die Auffindung der WR mit ihrem großen Werte bei lückenhafter Anamnese; über die Bedeutung der Hämolysinreaktion, der Cholesterinreaktion und des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens sind die Akten noch nicht geschlossen. Bei dem zweiten klinischen Punkte: der Inter-

Digitized by Google

vall zwischen luetischer Infektion und Ausbruch der Tabes, resp. Paralyse nimmt man zwar im allgemeinen einen vieljährigen Zwischenraum an; es sind einerseits jedoch Fälle von $1^1/_2$—2 Jahre post infectionem beginnender Tabes resp. Lues beobachtet worden, und andererseits berichtet Nonne von einem nach 30 Jahren post infectionem erst durch die Autopsie zur Kenntnis gekommenen Fall von Syphilis cerebri; dazu kommt, daß Tabes und Paralyse oft erst im späteren Stadium nach längerer Latenz manifest werden, während die Syphilis cerebri bald mit alarmierenden Symptomen einzusetzen pflegt. Auch bei dem dritten klinischen Punkte: der Resistenz der Tabes und Paralyse gegen die antisyphilitische Therapie im Gegensatze zur Syphilis cerebri, ist von einem prinzipiellen Unterschiede nicht zu sprechen; denn es pflegt bei den endarteriitischen Prozessen bei der Lues cerebri fast nie eine Heilung, sondern nur eine Besserung einzutreten durch Herstellung von Kollateralbahnen, und andererseits sind bei inzipienten Fällen von Tabes und Paralyse, wenn nicht Heilungen, so doch lange Remissionen und Intermissionen durch unsere antiluetischen Mittel erzielt worden. Nonne selbst hat in vier Fällen einseitige und doppelseitige reflektorische Pupillenstarre unter spezifischer Therapie zurückgehen und zugleich die „vier Reaktionen" verschwinden sehen. Ferner wird die geringe Wirkung unserer spezifischen Mittel durch die ungünstige Lokalisation der Krankheitsherde erklärt, welche ein Herankommen der Mittel an die letzteren fast unmöglich macht. Dann erörtert Nonne ausführlich die anatomischen Grundlagen für die Behauptungen, daß Tabes und Paralyse als echt luetisch und nicht als metaluetisch aufzufassen seien durch ausführliche Wiedergabe der histologischen Befunde einzelner Forscher und beigefügte Illustrationen. Dann bespricht der Verfasser die Resultate von Untersuchungen der Familien der Tabiker, resp. Paralytiker und findet, daß in ca. 64,6% die andere Ehehälfte von dem Tabiker (auch wenn er vielleicht nur noch Spirochätenträger war) infiziert worden ist. Seine eigenen Untersuchungen erstrecken sich auf 82 Familien, von denen acht kinderlos waren. Bei den anderen 74 waren 319 Graviditäten, davon 85 Aborte und 71 Kinder, die klein starben; von den 163 überlebenden konnten 51 nicht weiter beobachtet werden; von den 112 weiter verfolgten waren 47 anscheinend absolut gesund, und 65 zeigten Degenerationszeichen. Auch das ist wieder ein Zeichen dafür, daß Paralyse und Tabes noch aktive Lues sind, und daß zur Bestätigung von Kräpelins Behauptung: „auch die Paralyse wird durch einen Krankheitserreger erzeugt, nämlich die Spirochaeta pallida", nur noch der Nachweis derselben im Zentralnervensystem fehlte, der dann nach Überwindung der technischen Schwierigkeiten zuerst bei der Paralyse und dann auch bei der Tabes von Noguchi erbracht und von vielen Seiten bestätigt wurde. Alle diese Beobachtungen zusammen beweisen, daß Tabiker und Paralytiker noch Spirochätenträger sind, daß Tabes und Paralyse die Folgen einer Vergiftung seitens der aktiv sich im Nervensystem betätigenden Spirochäten darstellen, daß die Tabes nur eine andere Lokalisationsform der Paralyse ist (Alzheimer), und daß die Syphilis unter den ätiologischen Momenten für Tabes und Paralyse eine sehr bedeutende Rolle (wenn auch vielleicht nicht die einzige) spielt. Eine weitere wichtige Frage: „sind schon im Momente der Infektion Bedingungen gegeben für eine spätere Entwicklung von Paralyse oder Tabes", umfaßt die zwei Unterfragen: a) gibt es eine besondere neurotrope Form der Spirochäten? b) gibt es Individuen, deren Zentralnervensystem besonders disponiert ist zur Ansiedlung und Verbreitung der Spirochäten im Sinne von Paralyse und Tabes? Die erste Frage erfordert noch ein genaueres Erforschen der Biologie der Spirochäten, resp. ihrer neurotropen Eigenschaften. Die zweite Frage glaubt Nonne mit „bis heute unbekannt" beantworten zu müssen; er mißt der neuropathischen Disposition, dem Alkoholmißbrauch, den physischen und psychischen Traumen, den Strapazen und Erkältungen und der Umstimmung des Volkskörpers keine allzu große Bedeutung bei. Vielfache Experimente,

Digitized by Google

klinische Beobachtung usw. haben die Frage, ob das Zentralnervensystem häufiger affiziert werde bei schwer oder mild verlaufender Syphilis II und bei mehr oder weniger intensiver Behandlung, noch nicht völlig klären können, dagegen haben sie bestätigt, daß das Band, das die ursprüngliche Syphilis mit der späteren Erkrankung des Zentralnervensystems verknüpft, die Erkrankung der Meningen ist; diejenigen Individuen, deren Meningen auf die Spirochäten aus irgend welchem Grunde eine besondere Attraktionskraft ausüben, sind zu organisch-syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems besonders disponiert Nonne glaubt aber weder bei Tabes noch bei Paralyse ohne die Annahme eines Giftes, das in einer Reihe von Fällen in unregelmäßigen Intervallen produziert wird und ins Nervensystem gelangt, auskommen zu können, zur Erklärung der Attacken, der Remissionen und Exazerbationen, Krisen usw.; er sucht das ausführlich durch experimentelle und histologische Befunde zu erhärten. In bezug auf die Wirksamkeit unserer bisherigen antisyphilitischen Therapie: Hg-Jod-Salvarsan bei Tabes und Paralyse, ist der Verfasser sehr skeptisch und geneigt, vor einem Zuviel zu warnen. Er selbst hat seit einem Jahr eine Beobachtungsserie begonnen, die aber klinisch usw. erst noch zwei Jahre genau verfolgt werden soll, ehe er zur Veröffentlichung, resp. kritischen Bewertung seines Materials schreitet. Es scheint ihm nicht unberechtigt, nach den bisherigen Beobachtungen anzunehmen, daß fieberhafte Infektionskrankheiten nach einer Luesinfektion die Gefahr des Entstehens von Tabes und Paralyse verringern, und er ist geneigt, den Leukozytenfermenten eine große biologische Bedeutung zuzuerkennen, obwohl ihm eigene Erfahrungen fehlen. Der Arbeit folgt ein fast vier Seiten langes Literaturverzeichnis. Lasch-Breslau.

Progressive Paralyse und Syphilis, von H. Noguchi. (Presse méd., 1913, Nr. 81.) Nach der Entdeckung der Spirochaeta pallida im Gehirn eines an progressiver Paralyse Verstorbenen, welche im Februar 1913 veröffentlicht wurde, untersuchte Noguchi noch 130 andere Gehirne von Paralytikern und fand in 36 derselben Spirochäten: Mit der ersten Serie von 70 Fällen, in welchen dieselben zwölfmal gefunden wurden, ergibt dies ein Vorkommen in 25% der Fälle. Diese Befunde wurden in der Folge auch von anderen Untersuchern bestätigt. Um den infektiösen Charakter und die Eigenschaften der im Gehirn von Paralytikern gefundenen Spirochäten zu studieren, versuchte Noguchi die frisch aus dem Gehirn eines Paralytikers gewonnene Spirochäte auf Kaninchen zu übertragen. Sechs Kaninchen wurden inokuliert. Unter diesen fand sich bei zweien und zwar einmal nach 97 Tagen und einmal nach 102 Tagen eine typische Induration des Hodenparenchyms und der Skrotalhaut. Im ersten Falle waren die Spirochäten spärlich, im zweiten sehr reichlich im Hoden nachweisbar. Außerdem versuchte Noguchi auf experimentellem Wege progressive Paralyse zu erzeugen. Bekanntlich ist das Zentralnervensystem der Affen und Kaninchen sehr refraktär gegen das syphilitische Virus, selbst wenn man letzteres direkt in die zerebrale Substanz bringt. Noguchi kam deshalb auf den Gedanken, das Gehirn dieser Tiere zuerst zu sensibilisieren. Er machte denselben deshalb zuerst fünf Monate lang intravenöse Inokulationen von lebenden und toten Spirochäten, dann erst inokulierte er intrazerebral eine Emulsion oder subdural einen kleinsten Teil eines spirochätenreichen Kaninchensyphiloms. Zwölf Kaninchen wurden auf diese Weise inokuliert, vier normale Kaninchen am selben Tage mit demselben Material als Kontrolle. Zwei Monate lang blieben die Tiere anscheinend gesund, dann begannen einige der sensibilisierten Tiere träge zu werden und abzumagern, sie bekamen einen gewissen Spasmus der hinteren Extremitäten und leichte Ataxie. Die Symptome nahmen immer mehr zu und nach 3—5 Monaten konnten sie nicht mehr springen. Ihr vorher negatives Serum zeigt einen positiven Wassermann. Dann wurden die Tiere geopfert und man fand im Hirne zweimal Meningitis, einmal unilaterale

Digitized by Google

Atrophie der Stirnlappen, zweimal eine diffuse Härte des Gehirns und einmal zwei gelbe Plaques in der Schläfengegend. Im Dunkelfeld konnten zwar keine Spirochäten gefunden werden, die genaue Untersuchung der mikroskopischen Schnitte auf Spirochäten ist aber noch nicht beendet. Die Färbung mit Toluidin ließ perivaskuläre Gefäßveränderungen erkennen, wie sie auch bei der menschlichen Paralyse beobachtet werden. Die Kontrolltiere blieben ganz normal und bei ihrer Autopsie zeigten ihre Gehirne absolut keine Gefäßveränderungen. A. Gunsett-Straßburg.

Welche klinische Form der Syphilis führt am häufigsten zur progressiven Paralyse? von ANDRÉ COLLIN. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 69.) Es ist bekannt, daß benigne Syphilisformen sehr oft zu Paralyse führen; Verfasser meint nun, daß es sich nicht um benigne, sondern um ganz eigenartige Formen der Syphilis handelt, deren Symptome nur im Primäraffekt und in der Paralyse bestehen. Diese Form hat ihren eigentümlichen Charakter von dem Neurotropismus der betreffenden Spirochäten; bei ihr ist der Liquor frühzeitig verändert und es finden sich keine anderweitigen Organsymptome. Man wird deshalb hier sehr frühzeitig energisch behandeln müssen. Maligne Formen enden in der Regel nicht mit Paralyse; bei ihnen sind externe Faktoren oder vorhergegangene zerebrale Läsionen von Bedeutung. Richard Frühwald-Leipzig.

Progressive Paralyse, WASSERMANNsche Reaktion und Salvarsan, von SICARD. (Soc. méd. des hôp., 12. Dezember 1913.) SICARD beobachtete, daß seit dem Gebrauch des Salvarsans die Remissionen häufiger sind und daß die Kranken wieder die Möglichkeit erhalten, ihre Tätigkeit wiederaufzunehmen, wenn man auch nicht von Heilung sprechen kann. Die WASSERMANNsche Reaktion wurde im Lumbalpunktat immer positiv gefunden und bleibt es selbst nach einer intensiven Behandlung. Hingegen kann die Reaktion im Blute während der Behandlung negativ werden. A. Gunsett-Straßburg.

Infektiosität des Liquor cerebrospinalis bei Paralytikern, von E. MATTAUSCHEK. (Wien. klin. Rdsch., 1914, Nr. 9.) Von vier Paralytikern konnte von zweien der Liquor mit Erfolg auf Kaninchen übertragen werden; die Kranken hatten keine akuten Erscheinungen. Die Blutimpfungen verliefen resultatlos. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Syphilis in der Aszendenz von Dementia praecox, von FRIEDRICH MEGGENDORFER-Hamburg. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 51, H. 3—6.) Über die Ätiologie von Dementia praecox herrscht noch große Unklarheit; aber es weist fast alles darauf hin, daß es sich um angeborene krankhafte Veranlagung handelt, und zwar nicht in dem Sinne von einfacher Übertragung von Krankheitskeimen von den Eltern auf die Kinder wie bei Syphilis, wo in den Eltern und den Kindern die Krankheitserreger wirksam sind; sondern hier ist es wohl entweder eine wahre, gleichartige Vererbung einer krankhaften Anlage oder der Einfluß konstitutioneller Erkrankungen des elterlichen Organismus auf die kindlichen Anlagen, das heißt um sogenannte Keimschädigungen; hier spielen Alkoholismus, Syphilis und Tuberkulose wohl eine sehr bedeutende Rolle, über die man aber noch sehr getrennter Ansicht ist, wozu die Schwierigkeit, richtige Anamnesen zu erhalten, viel beiträgt. Es folgen dann sieben in mehrfacher Beziehung interessante Krankengeschichten, welche dokumentieren, daß Tabes und Paralyse in der Aszendenz bei der Dementia praecox eine bedeutsame Rolle zu spielen scheinen. Lasch-Breslau.

Dementia paralytica und Syphilis, von H. NOGUCHI. (B. kl. W., 1913, Nr. 41.) Im Februar d. J. hat Verfasser den ersten Spirochätenfund im Gehirn bei Dementia paralytica mitgeteilt, seitdem hat er in 200 Fällen 48 positive Befunde gehabt. In 6 Fällen wurden auch die Gewebe von Gehirnteilen frisch im Dunkelfeld untersucht, und in einem dieser Fälle war die Pallida auch so nachweisbar. Bald wurden die Resultate auch von anderer Seite bestätigt. Weiter hat Verfasser 36 Kaninchen mit von 6 frischen

Digitized by Google

Paralytikergehirnen hergestellten Emulsionen infiziert. Bei 2 von den 6 Tieren, welche mit dem Material eines dieser 6 Paralysefälle infiziert worden waren, gingen noch nach 97 bzw. 102 Tagen kleine, aber typische Verhärtungen im Hodenparenchym sowie in der Skrotalhaut an. Im ersteren Falle fanden sich nur äußerst wenige Pallidaspirochäten, während sie im letzteren Falle außerordentlich zahlreich vorhanden waren. Die Entwickelung, die sonst 4—6 Wochen in Anspruch nimmt, dauerte hier also 3 Monate. Bei der zweiten Generation dieses Stammes dauerte die Inkubationsperiode wieder nahezu drei Monate. Weshalb ein so langer Zeitraum zwischen dem syphilitischen Primäraffekt und der Entwicklung von Symptomen der Dementia paralytica verläuft, ist zunächst noch unklar. Mitgeteilte Versuche an Affen und Kaninchen scheinen aber anzudeuten, daß eine vorherige Sensibilisierung das Zentralnervensystem solcher Tiere, die anderweit gegen luetische Infektion refraktär sind, der Invasion der Spirochäta pallida zugänglich macht. Georg Heymann-Elbing.

Der endogene Faktor in der Pathogenese der Paralyse, von P. Näcke-Colditz. (Zschr. f. d. ges. Neurol., Band 10, Heft 3.) Verfasser verficht den Standpunkt einer endogenen spezifischen Veranlagung des Gehirns für die Dementia paralytica, welche für die weitere deletäre Wirkung der Lues erst den geeigneten Boden abgibt. Die erbliche Belastung der Paralytiker erscheint im ganzen der bei den übrigen Psychosen nahestehend. Geistes- und Nervenkrankheiten, abnormer Charakter, Selbstmord und chronischer Alkoholismus müssen als belastende Faktoren angesehen werden. Auch eine abweichende Charakterveranlagung der Paralytiker ist häufiger als bei Gesunden. Die körperlichen Entartungszeichen sind im allgemeinen bei den Paralytikern bedeutend häufiger zu finden als bei Gesunden, und die sich in der Zahl und Schwere auch hier den bei den anderen Geisteskranken gefundenen näherten. Die Nachkommen von Paralytikern sind körperlich und geistig viel öfter krank als die der Normalen.

Chrzelitzer-Posen.

Versuche zum objektiven Nachweis der Intelligenzbesserung bei Paralytikern nach Salvarsantherapie, von J. Zimkin-Riga. (Neurol. Zbl., 1914, Nr. 14.) Die sehr interessante Methode, deren sich Zimkin zur Intelligenzprüfung bei Paralytikern bediente, ist zum Referieren hier nicht geeignet, und es sei nur hervorgehoben, daß der Verfasser sich nach seinen bisherigen Feststellungen weder pro noch contra Salvarsan aussprechen kann. Lasch-Breslau.

Über einen als Paralyse gedeuteten, durch Salvarsan geheilten Krankheitsfall, von Wilhelm Wechselmann. (B. kl. W., 1914, Nr. 18.) Bei einem 24jährigen Patienten waren im Frühstadium der Syphilis epileptiforme Anfälle mit Bewußtseinsverlust und Zungenbiß vorgekommen. Später trat ein sehr unruhiges, tobendes Benehmen ein. Auf Drängen der Angehörigen versuchte Verfasser Salvarsan, indem er die Möglichkeit einer Pseudoparalyse in Betracht zog. Nach drei Injektionen war Patient geistig völlig intakt und auch körperlich wohl, so daß er entlassen werden konnte. Vier Wochen später traten erneut wiederholte Anfälle auf. Es wird zunächst eine vorsichtige Salvarsanbehandlung weiter versucht. Georg Heymann-Elbing.

Das Wesen, die Diagnose, Prognose und Therapie der progressiven Paralyse, von Charles R. Ball-St. Paul, Minn. (J. Am. m. Assoc., 4. Oktbr. 1913.) Seit der Entdeckung der Wassermann-Reaktion und deren Nachweis im Blut und in der Spinalflüssigkeit hat der Satz: ohne Syphilis keine Paralyse, allgemeine Annahme gefunden. Die Meinung, daß es sich um keine aktive Syphilis, sondern um Metasyphilis handle, ist, nachdem Noguchi die Spirochaeta pallida in der Hirnrinde nachgewiesen hat, nicht mehr aufrechtzuerhalten. Die pathologischen Veränderungen sind als eine chronisch-parenchymatöse Enzephalitis, hervorgerufen durch die Pallidae, zu bezeichnen.

Digitized by Google

Die Therapie leistet so wenig, weil die Parasiten im Nervenparenchym, von den Blutgefäßen entfernt, eingebettet sind und von den therapeutischen Mitteln nicht erreicht werden. Die Tatsache, daß manchmal nach akuten Infektionskrankheiten, Pneumonie, Erysipel und anderen, eine Besserung der Paralyse eintritt, welcher Umstand nach Metschnikoff der Hyperleukozytose zuzuschreiben ist, hat Donath in Budapest veranlaßt, diese durch Natrium nucleinicum künstlich zu erzeugen; den gleichen Weg ist Verfasser gegangen: von einer 2,5%igen Lösung von Natrium nucleinicum in physiologischer Kochsalzlösung gab er wöchentlich eine intramuskuläre Injektion; in der ersten Woche 40 ccm, in jeder folgenden Woche 20 ccm mehr, bis zu 100 ccm; sodann wurde die Lösung um je ½% verstärkt, bis zu 5%. Außerdem wurden mehrere intravenöse Injektionen von Salvarsan verabreicht. Acht Patienten wurden auf diese Weise behandelt. Die Untersuchung des Blutes und der Spinalflüssigkeit auf die „vier Reaktionen" wurde vor der Behandlung und später in verschiedenen Zwischenräumen mehrmals vorgenommen. Im allgemeinen wurden die Reaktionen schwächer, jedoch wurden die in der Spinalflüssigkeit nicht so stark beeinflußt wie die Blutreaktion. In keinem der Fälle wurde eine der drei Reaktionen in der Spinalflüssigkeit negativ. Alle acht Patienten befanden sich zum Beginn der Behandlung in fortgeschrittenen Krankheitsstadien. Von den Patienten starben in der folgenden Zeit zwei, zwei befanden sich in Anstalten und vier waren nach Hause entlassen; von diesen vier war bei zweien der geistige Zustand der einer einfachen, mäßigen Demenz; die zwei anderen befanden sich geistig und körperlich hervorragend wohl. Von einem großen Erfolg kann man nicht sprechen; doch scheint eine günstige Beeinflussung von sechs Fällen vorhanden zu sein. Fendt-Wiesbaden.

Diagnose und Behandlung der progressiven Paralyse, von L. Bériel. (Lyon méd., 1914, Nr. 19.) Verfasser bespricht die intrakranielle Behandlung der Paralyse; er bevorzugt die Methode mit „Salvarsanserum", das er vom Menschen gewinnt. Dieses injiziert er durch die Orbita unter die Dura. Verfasser berichtet über einen Paralytiker, der fünf solche Injektionen erhalten hat; das klinische Bild ist nicht verändert, im Liquor hat die Lymphozytose abgenommen, doch ist der Wassermann positiv geworden. Verfasser lobt die Hirnpunktionen durch die Orbita; sie werden ohne Anästhesie vorgenommen und bewirken keinerlei Störungen. Man kann mit ihrer Hilfe auch Hirnpartikelchen zur histologischen Untersuchung gewinnen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Meine Hirnpunktion und die Untersuchung des Trepanemas bei Dementia paralytica, von L. Berriel-Lyon. (Zbl. f. Nervhlk., 1914, Nr. 1.) Berriel empfiehlt die Punktion zur Erlangung von Liquor an der knöchernen Wand der Augenhöhle zu machen und den Durchstich der Schädelhöhle durch die äußere kleine Partie der sphenoidalen Spalte auszuführen. Der Trokar wird dicht unter der Augenbraue eingeführt. Das Durchdringen der Spalte ist manchmal etwas schmerzhaft, die Ansaugung fast schmerzlos. Die Einstichstelle durch beigefügte Abbildungen erläutert.

Lasch-Breslau.

Nachweis von lebenden Spirochäten im Gehirn von Paralytikern, von E. Forster und E. Tomasczewski-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 26.) Bei progressiver Paralyse konnte die Spirochaeta pallida, wie Noguchi berichtet, in 48 von 200 Fällen in der Hirnrinde nachgewiesen werden. Diese Befunde sind von anderen bestätigt worden, alle stammten sie aber von Sektionsmaterial. Den Verfassern ist es nun in zwei von sechs Fällen gelungen, in durch Neisser-Pollaksche Hirnpunktion gewonnenem frischen Material lebender Paralytiker lebende Spirochäten [pallidae] nachzuweisen.

Franz-Dresden.

Digitized by Google

Vorkommen von Spirochäten bei Dementia paralytica progressiva, von Hans Geber, Ladislaus Benedek und Koriolan Tatar-Klausenburg. (W. kl. W., 1913, Nr. 38.) Untersuchungen an 15 Gehirnen, von denen 14 von einem Monat bis zu zwei Jahren in 10% Formalin fixiert waren, während der letzte Fall unmittelbar nach der Sektion bearbeitet werden konnte. Nur in einem Falle konnten Spirochäten nachgewiesen werden und zwar, wie das Noguchi schon hervorgehoben hat, im Rindengewebe, weit entfernt von den Gefäßen, in der Nähe der Ganglienzellen. Untersuchungen in vivo bei paralytischen Individuen, mittels Hirnpunktion, haben bisher nur negative Resultate ergeben. W. Lehmann-Stettin.

Vorkommen von lebenden Spirochäten bei Paralysis progressiva, von Hans Geber und Ladislaus Benedek-Klausenburg. (W. kl. W., 1913, Nr. 40.) Die bisher von den Verfassern bei lebenden Syphilitikern angestellten Untersuchungen an Material, das durch Hirnpunktion gewonnen war, sind durchweg negativ gewesen. (W. kl. W., 1913, Nr. 38.) In einem Fall, der unter paralytischen Delirien zugrunde ging, gelang es acht Stunden nach dem Tode in frischen Präparaten, hergestellt aus dem Gyrus centr. ant., lebende Spirochäten mit typischer Beweglichkeit nachzuweisen.

W. Lehmann-Stettin.

Der Nachweis von Spirochäten im Gehirn von Paralytikern. Berichtigung von Noguchi-New York. (D. m. W., 1913, Nr. 33.) Verfasser stellt fest, daß er schon vor Marie, Levaditi und Bankowsky den Spirochätennachweis im Dunkelfeld im Gehirn Paralytischer erbracht und die Ergebnisse in den Comptes rendus de la Société de Biologie (21. Februar 1913) veröffentlicht habe. Junghanns-Dresden.

Der Nachweis der Spirochaeta pallida in der Gehirnsubstanz lebender Paralytiker (Forster und Tomasczewski), von Udo J. Wile-Ann Arbor, Mich. (J. Am. m. Assoc., 13. Sept. 1913.) Verfasser berichtet über die von Forster und Tomasczewski in Halle bei lebenden Paralytikern ausgeführte Hirnpunktion zum Nachweis der Spirochäta pallida. (D. m. W., 1913, Nr. 26.) Hiernach haben die Verfasser bis Juli 1913 28 Fälle mit achtmaligem positivem Befunde untersucht. Der Nachweis geschieht durch Dunkelfeldbeleuchtung. Die Operation der Hirnpunktion soll außerordentlich einfach sein.

Fendt-Wiesbaden.

Spirochaeta pallida im Gehirn von lebenden Paralytikern, von L. Bériel und P. Durand. (Lyon méd., 1913, Nr. 47.) Die Verfasser haben bei drei Paralytikern die Punktion des Vorderhirnes vorgenommen und die gewonnenen Hirnpartikelchen auf Spirochäten untersucht. In einem Falle blieb die Untersuchung negativ, doch war dies auch kein sicherer Paralytiker. Bei beiden anderen Patienten konnten mittels des Tuscheverfahrens und im Dunkelfelde Spirochäten nachgewiesen werden. Der eine Patient litt an einer rasch tödlich endigenden Paralyse, der andere an einer mehr langsam verlaufenden Form. Richard Frühwald-Leipzig.

1. Vorkommen der Spirochaeta pallida im Gehirn der Paralytiker, von A. Marie, C. Levaditi und J. Bankowski-Paris. (Compt. rend. des séanc. de la Soc. de Biol., Bd. 74, S. 794.)

2. Beständiges Vorkommen der Spirochäte im Gehirn von im Anfall gestorbenen Paralytikern, von A. Marie, C. Levaditi und J. Bankowski-Paris. (Ebenda, S. 1009.)

3. Die Spirochäte im Gehirn der Paralytiker, von A. Marie, C. Levaditi und J. Bankowski-Paris. (Annal. Inst. Pasteur, 1913, Nr. 7, S. 577.)

Mit der alten nicht modifizierten Levaditischen Methode gelang es den Verfassern, in 3 von 32 untersuchten Gehirnen, d. h. in ungefähr 10%, Spirochäten nachzuweisen. Dieses schlechte Ergebnis glauben sie der Tatsache zuschreiben zu dürfen, daß durch

Digitized by Google

die alte Methode die Neurofibrillen zu stark mit Silber imprägniert werden und man im allgemeinen daher nur bei schlecht gefärbten i. e. schlecht konservierten und fixierten Neurofibrillen Gelegenheit hat, infolge der schwachen Silberfärbung die stärker imprägnierten Spirochäten zu beobachten. Mit einer abgeänderten und für diesen Zweck geeigneteren Methode (von möglichst frischen, 2—3 mm großen Stückchen der Hirnrinde macht man eine Aufschwemmung in 2—3 g Salzwasser und untersucht unter dem Ultramikroskop oder macht Ausstriche, die man nach Burri, Fontana-Tribondeau oder Löffler behandelt) gelingt es nach den Verfassern in der großen Mehrzahl, wenn nicht in allen Fällen von Paralyse, Spirochäten nachzuweisen. Mit dieser „Schnellmethode" gelang es in 8 von 9 Fällen, d. h. in 88,8%, einen positiven Befund zu erheben, dagegen mit der alten Methode bei demselben Material nur einmal. Auf Grund Noguchis und ihrer eigenen Befunde stellen die Verfasser nun folgende Ätiologie und Pathogenese der allgemeinen Paralyse auf: Die Paralyse wird durch eine schnelle und starke Vermehrung der Spirochäten und die dadurch erzeugten Zerstörungen in der Großhirnrinde hervorgerufen. Die Vermehrung der Parasiten scheint in aufeinanderfolgenden Schüben vor sich zu gehen; ihre Lokalisation wechselt von Fall zu Fall, in den vorderen Gehirnregionen scheint sie häufiger zu sein. Zwischen dieser Vermehrung der Parasiten im Großhirn und den periodischen, spezifischen Haut- und Schleimhauterkrankungen scheint eine auffallende Ähnlichkeit in der Art der Entwicklung und des Verlaufs zu bestehen. Es erscheint wahrscheinlich, daß der „apoplektiforme" Anfall der Paralytiker einer jedesmaligen plötzlichen Vermehrung der Parasiten entspricht, besonders dann, wenn dies innerhalb der motorischen Zentren geschieht. Daher hat man mehr Aussichten, die Spirochäte im Gehirn der im Anfall gestorbenen Paralytiker zu finden, als bei denen, die einer interkurrenten Krankheit erlegen sind. Trotzdem ist es nicht weniger wahrscheinlich, daß die Parasiten auch bei ausnahmsweise langsamem Verlauf der Paralyse in den Rindenzonen vorhanden und auch nachzuweisen sind.

Oskar Gans-Hamburg.

Die Spirochäte der progressiven Paralyse, von C. Levaditi und A. Marie. (Semaine méd., 1914, S. 284.) Verfasser injizierten das Blut eines seit 15 Jahren paralytischen Kranken unter die Skrotalhaut von Kaninchen und erhielten bei einem Hautläsionen mit Spirochäten. Dann machten sie Tierpassagen und verglichen die Impfaffekte mit denen, die sie durch das Virus Truffi erzielt hatten. Sie fanden Unterschiede bezüglich der Virulenz, der Inkubationsdauer, des Aussehens und der Entwicklung der Effloreszenzen. Aus diesen Befunden schließen die Verfasser, daß das Virus der Paralyse von dem der Hautsyphilis verschieden sei; es handelt sich wohl um eine neurotrope Varietät der Spirochaeta pallida, die manchmal mit der typischen Spirochäte in Symbiose vorkommt. Daher erklären sich auch die Fälle von Paralyse nach Infektion aus derselben Quelle. (Ob diese Befunde wirklich zur Aufstellung eines „Virus nerveux" genügen? D. Ref.)

Richard Frühwald-Leipzig.

Vorkommen von Spirochäten im Blute von Paralytikern, von C. Levaditi. (Acad. des sc., 10. Nov. 1913.) Der Verfasser versuchte zusammen mit Danulesco das Blut von Paralytikern auf Tiere zu überimpfen. Er verwandte hierzu die von Uhlenhuth und Mulzer angegebene Methode der Inokulation in den Hoden von Kaninchen. In einem Fall bewirkte auf diese Weise das Blut eines Paralytikers, der seit 15 Jahren syphilitisch war, nach 127 Tagen eine bilaterale Hodenläsion, in welcher bei Dunkelfeldbeleuchtung eine große Anzahl von sehr beweglichen Spirochäten nachweisbar waren. Von sechs Versuchen (fünf Paralytiker, ein Tabiker) fiel nur einer positiv aus.

A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Die intraspinale Behandlung (von Swift und Ellis) bei der Dementia paralytica, von E. Mapother und T. Beaton-Epsom. (Lanc., 13. April 1914.) Als vorläufige Mitteilung über ihre Erfahrungen mit der von Swift und Ellis empfohlenen Methode berichten Verfasser über vier Fälle von relativ frischer Erkrankung an progressiver Paralyse bei nachgewiesener syphilitischer Infektion. Die Dauer der Beobachtung erstreckte sich über eine Periode von fünf Monaten, und die eigentliche Behandlung, welche vier Injektionen umfaßte, war in etwa sechs Wochen beendet, doch wurde vier Wochen später noch eine fünfte Injektion gegeben. Verfasser befolgten möglichst genau die originaliter angegebene Technik. Die Resultate waren zwar nicht ungünstig, und namentlich waren ernstere Nebenwirkungen nicht zu beklagen; ein wesentlicher therapeutischer Erfolg war aber nicht zu verzeichnen, und namentlich der bei allen Fällen nachgewiesene positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion ließ keinerlei Besserung erkennen. Philippi-Salzschlirf.

Die moderne Behandlung der progressiven Paralyse mit der Methode von V. Wagner, von Alexander Pilcz-Wien. (Presse méd., 1914, Nr. 10.) Der Verfasser wendet die Wagnersche Methode folgendermaßen an: Er gibt einen Tag 0,02 Hydrargyr. succinimidati, den zweiten Tag eine Tuberkulininjektion (0,0005 steigend bis 0,01). Die Temperatur soll alle drei Stunden gemessen werden. Je nach der Höhe derselben, wird die Stärke der Tuberkulininjektion gewählt. Fehlt das Fieber ganz, so wird die vorhergehende Dosis verdoppelt; geht die Temperatur auf 37,5, so gibt er $1^1/_2$ Dosis, steigt das Fieber bis 38, so wird $1^1/_4$ Dosis injiziert. Steigt das Fieber noch höher, so gibt er dieselbe Dosis. Auf diese Weise gelangt er allmählich bis zu 1,0 Tuberkulin. A. Gunsett-Straßburg.

Die Tuberkulin-Quecksilberbehandlung der progressiven Paralyse, von Wagner von Jauregg-Wien. (Ther. Mh., 1914, H. 1.) Verfasser ist überzeugt von der Behandlung und Heilung einer progressiven Paralyse durch Tuberkulin und Quecksilberkur zur gleichen Zeit. Wassermann-Reaktion im Blut und im Liquor wird gebessert. Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Behandlung der progressiven Paralyse durch Injektion von Salvarsanserum unter die Dura mater cerebralis, von Levaditi, A. Marie und v. Martel. (Bull. méd., 1914, Nr. 1.) Da die intrarachidischen Injektionen von Salvarsan bei Paralyse keine befriedigenden Resultate lieferten, versuchten die Verfasser die Applikation des Mittels am Erkrankungsorte selbst. Sie benutzten zu diesem Zwecke das Serum von Tieren, die Salvarsan intravenös erhalten hatten. Es wurde beiderseits in der Parietalregion trepaniert und 5 ccm des Serums unter die Dura injiziert, wobei die Flüssigkeit besonders nach oben und vorne, nach den Stirn- und Scheitelwindungen dirigiert wurde, da diese bei Paralyse am meisten affiziert sind. Es folgten heftige Reaktionserscheinungen: Kopfschmerzen, Fieber, Krämpfe usw. Nach vier Tagen verschwanden diese spurlos und es machte sich bei den zwei so behandelten Patienten eine Besserung in psychischer und physischer Hinsicht geltend. Zum Beispiel ist in einem Falle die Fazialisparese, im anderen der Exophthalmus völlig verschwunden. Richard Frühwald-Leipzig.

Progressive Paralyse und Neosalvarsan, von A. Marie und Levaditi. (Bull. méd., 1913, Nr. 95.) Verfasser haben 14 Paralytiker mit intrarachidischen Injektionen von Neosalvarsan behandelt. Bei acht von ihnen besteht seit acht Monaten komplette Remission, einer von ihnen ist völlig arbeitsfähig. Die übrigen sechs sind im weiteren Verlaufe der Erkrankung gestorben; diese waren schon in einem vorgeschrittenen Stadium. Meistens konnten die deliranten Paralytiker in ruhige verwandelt werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Behandlung der progressiven Paralysen durch subarachnoidale Injektionen von Neosalvarsanserum, von G. Marinesco und J. Minea. (Semaine méd., 1914, Nr. 18.) Serum der Patienten wurde in vitro mit Neosalvarsan versetzt und dann unter die Hirnarachnoidea injiziert; die höchste Dosis war 0,1 auf 5 ccm. An die Injektionen schloßen sich Fiebersteigerungen, vorübergehende epileptiforme Krämpfe, einmal passagere Hemiplegie. Die Injektion wurde in einer Sitzung auf beiden Seiten vorgenommen oder in zwei Sitzungen im Abstand von 6—8 Tagen. Von 21 Patienten zeigten nur sieben Besserungen, die aber bei zweien nur vorübergehend waren; die Besserung betraf hauptsächlich delirierende Kranke, weniger einfach demente. Von den fünf dauernd Gebesserten konnten zwei ihre Beschäftigung wieder aufnehmen, doch zeigen sie immer noch unzweifelhafte Zeichen der Paralyse, wie Pupillen- und Sprachstörungen. Die Patienten sind gestorben, doch ist nur bei einem die Injektion anzuschuldigen; es fand sich bei ihm eine intensive hämorrhagische Enzephalitis an der Injektionsstelle. Trotzdem die lokale Behandlung die auf sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt hat, ist sie doch weiter zu versuchen und mit der Allgemeinbehandlung zu kombinieren.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beiträge zur Serologie der Erkrankungen des Zentralnervensystems, von V. Kafka-Hamburg. (Zschr. f. Nervhlk., 1913, Bd. 50, H. 1—4.) Mit Bedauern glaubt Kafka konstatieren zu müssen, daß die Neurologen sich nur sehr langsam dazu entschließen, die von vielen Seiten empfohlenen Methoden zur Verfeinerung der Original-WR — abgesehen von der Hauptmannschen Auswertungsmethode — in ihren serologischen Studien zu benutzen, obwohl doch auf diesem Gebiete alle Fortschritte, die die Zuverlässigkeit der WR erhöhen, ganz besonders der Berücksichtigung wert sind (zum Beispiel für die ganze Frage der Metalues). Er versteht unter diesen Verfeinerungsmethoden: 1. Verwendung größerer Serummengen; 2. die Verwendung von aktivem Serum (wie in der Sternschen und Müller-Brendelschen Reaktion); 3. die Absorption der die Hemmung beeinträchtigenden Ambozeptoren; 4. die Entfernung der Komplementoide aus dem inaktivierten Serum (Wechselmann); 5. ganz besonders die Cholesterinkältemethode nach Jacobsthal und Sänger; 6. das Phänomen der Eigenhemmung des Liquors oder des Serums, das von Ehrmann und Stern im Serum alter Luetiker, von Brückner im Liquor beobachtet und neuerdings von Trinchese, der es nur bei Luetikern fand, wieder betont worden ist; 7. das hämolytische Verhalten des Blutserums; 8. die Hämolysinreaktion; 9. die Ausflockungsreaktion, der Kafka allerdings keinen besonderen Wert beimißt; 10. die Fröschsche Neuroreaktion — eine Komplementbindungsreaktion mit einem Antigen, das aus Cholesterin, Lezithin und ölsaurem Natrium besteht — welche dem Verfasser sehr beachtenswert erscheint; 11. endlich die Abderhaldensche Dialysiermethode, deren Resultate er besonders bei den syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems für sehr wichtig hält. Diese Verfeinerungsmethoden haben sich dem Verfasser besonders bewährt bei einem Material von 152 Fällen von Schwachsinn mit neurologischen Symptomen und Verdacht auf kongenitale Lues. Bei diesen Fällen pflegt die WR in den ersten Lebensjahren am stärksten zu sein, und dann allmählich schwächer zu werden und ganz zu verschwinden; hier gelang es in 22 Fällen nur mittels der verfeinerten Methoden ein positives Resultat, das durch das klinische Bild erhärtet wurde, zu erzielen, und so die 15% der Fälle, die nach der WR luesverdächtig waren, auf 30% zu erhöhen. Eine ausführliche Tabelle zeigt die Einzelheiten bei den Fällen von Paralyse. Wenn die Original-WR negativ war, mußten mindestens zwei Verfeinerungen positiv sein, um für den Verfasser als positiv zu gelten. Der Verfasser geht dann detaillierter auf seine Erfahrungen mit den Verfeinerungsmethoden bei den verschiedenen luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems ein, und betont immer wieder die

Digitized by Google

eminente Bedeutung, die eine zuverlässige Feststellung der Reaktion des Serums und des Liquors für die Praxis hat. Lasch-Breslau.

Infektiosität des Liquor cerebrospinalis bei progressiver Paralyse, von R. Volk. (W. kl. Rdsch., 1913, Nr. 45.) Verfasser hat fünfmal den Liquor von Paralytikern auf die Kaninchenhoden übertragen. Ein Tier bekam papulöse Effloreszenzen an der Skrotalhaut und ein kleines Infiltrat im Hoden. Im Dunkelfeld wurden Spirochäten nachgewiesen. Richard Frühwald-Leipzig.

Serumreaktionen in der progressiven Paralyse und der Tabes; intradurale Injektionen von Neosalvarsan, von Jeanselme. (Soc. méd. d. hôp., 12. Dezember 1913.) Jeanselme fand die Wassermannsche Reaktion im Blute und im Lumbalpunktat in konstanter Weise intensiv positiv bei der progressiven Paralyse. Bei Tabes ist das Lumbalpunktat immer positiv, das Blut aber häufig negativ. Intradural injizierte er alle acht Tage 0,00025 Neosalvarsan, dann 0,001, 0,002 bis 0.005. In dieser Dosis werden die Injektionen ohne Meningealreaktion vertragen. Die Zahl der Leukozyten und des Albumins im Lumbalpunktat, vermindert sich oft rasch. A. Gunsett-Straßburg.

Die serologische Probe bei der zerebralen Hemiplegie, von Charles L. Dana-New York. (M. Record, 6. Dezember 1913.) In den letzten Jahren sind im Bellevuehospital in New York alle Fälle von frischer, sowie älterer zerebraler Hemiplegie genauer serologischer Untersuchung unterzogen worden; wenn irgend möglich, nicht nur Wassermann des Blutes, sondern auch der Spinalflüssigkeit und zu gleicher Zeit Globulinproben und Zählung der Zellen in der Spinalflüssigkeit. Dabei hat sich eine luetische Infektion in ungefähr 50% der Fälle nachweisen lassen, die fast sämtlich Männer unter 55 Jahren betrafen. Ähnliche Untersuchungen wurden auch bei Tabes und allgemeiner Paresis angestellt. Positiver Befund aller vier Proben war nachweisbar in 16 Fällen von Tabes und acht Fällen von Paresis. W. Lehmann-Stettin.

Die Stellung der progressiven Paralyse (und Tabes) zur Syphilis und die Frage ihrer Behandlung, von E. Meyer-Königsberg. (B. kl. W., 1914, Nr. 21.) Der Aufsatz bringt allgemeine Gesichtspunkte über die Pathogenese der progressiven Paralyse und ihre Differenzierung von der Lues cerebrospinalis sowie über die Aussichten der Behandlung von progressiver Paralyse und Tabes und die Wahl der Behandlungsmethoden unter Berücksichtigung des Einflusses, den der Nachweis des Vorhandenseins von Spirochäten im Gehirn von Paralytikern hierauf auszuüben imstande ist. Er kommt zu dem Schluß, daß sich infolge dieses Nachweises gegen früher wohl nichts ändern wird. Ernst Klemm-Leipzig.

Erbsche Paraplegie mit Salvarsan behandelt, von L. Beriel. (Lyon méd., 1914, Nr. 6.) Der 36jährige Patient hatte seit zwei Jahren die Erscheinungen einer spastischen Paraplegie und war schon vergeblich mit Quecksilber und anderen Mitteln behandelt worden. Er wurde nun einer Salvarsankur unterzogen, die aus Serien von fünf intravenösen wöchentlichen Injektionen in Abständen von $^1/_2$ Jahre bestand. Es wurde eine bedeutende Besserung erzielt. Verfasser weist besonders darauf hin, daß Salvarsan erst bei wiederholter Zuführung wirkte und dies, obwohl es sich um einen veralteten Fall handelte. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Beziehungen der allgemeinen nervösen Symptome im Frühstadium der Syphilis zu den Befunden des Lumbalpunktats, von W. Wechselmann und E. Dinckelacker-Berlin. (M. m. W., 1914, Nr. 25.) Die Grundlage für diese Arbeit bilden die Untersuchungsergebnisse des Lumbalpunktates bei 221 Fällen, 151 Frauen und 70 Männer, welche sich im Frühstadium der Syphilis befanden. Bei 158 Kranken ergab das Punktat ein positives Resultat; unter diesen waren 98 mit nervösen Symptomen behaftet, während 60 frei davon waren. Von den 63 Kranken mit negativem

Digitized by Google

Punktionsergebnis waren in bezug auf nervöse Erscheinungen 32 als positiv und 31 als negativ zu bezeichnen. Die prozentuale Verteilung der positiven Befunde an der Zerebrospinalflüssigkeit war bei beiden Geschlechtern fast die gleiche. An der Hand von zahlreichen beachtenswerten Krankengeschichten wird des weiteren dargelegt, daß häufig, wenn auch nicht immer, die Besserung der nervösen Erscheinungen parallel mit einer Abnahme der abnormen Veränderungen im Liquor cerebrospinalis einherging.

Philippi-Salzschlirf.

Resultate der Tuberkulinkur bei Paralysis progressiva, von A. Wachsmann-Budapest. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 26.) Verfasser nahm an 26 Patienten Tuberkulinkuren vor und zwar anfangs mit 0,01 g Kochschem Alttuberkulin, das in Form von Injektionen in die intraskapulare Gegend eingespritzt wurde. (Die Formel: Alttuberkulin Koch 1,0, Glyzerin 40, Aqu. destl. 5,0 g. Von dieser Lösung war die Anfangsdose $^1/_{10}$ Pravaz = 0,01 AT.) Jeden zweiten Tag wurden die Injektionen gegeben, die Grunddose allmählich erhöht und zwar derart, daß der Patient ständig in Hyperpyrese gehalten wird (37,5—38,5° C). Verfasser hatte Kranke, die auch bei größeren Dosen von Tuberkulin sozusagen fieberfrei waren, aber im Durchschnitt erreichte jeder 37,8—38° C. Diese Tuberkulinkur wurde mit antiluetischer Kur verbunden. Es wurden täglich 3,0 g Hg-Salbe als Inunktion angewendet. Innerlich wurden täglich 2,0 Jodkalium verabreicht. Der größere Teil der Patienten (20 = 76,8%) ertrug die Behandlung gut. Sie hatten keinerlei Klagen. In sechs Fällen (23,5%) mußte die Behandlung unterbrochen werden, weil die Temperaturerhöhung bedeutend war und die Kur die Kranken sehr stark mitgenommen hat. Bei sechs Kranken entstand an der Stelle der Tuberkulineinspritzung eine Phlegmone, infolgedessen in drei Fällen (11,8%) die weiteren Behandlung eingestellt werden mußte. Die Kur betrachtete Verfasser dann als beendet, wenn die maximale Tuberkulindose von 1,0 g erreicht war. Die Durchschnittsdauer betrug ungefähr 30 Tage. Jeden zweiten Tag wurden die Injektionen gegeben und allmählich erhöht; die durchschnittliche Dosenerhöhung war 0,06 g. Von 22 Kranken wurden zwei (7,7%) als arbeitsfähig entlassen. Nach Beendigung der Kur wurden die paralytischen Erscheinungen sehr in den Hintergrund gedrängt. An zwei Kranken wurde bedeutende Besserung festgestellt. Auch bei acht anderen Patienten wurde Besserung gesehen, obgleich sie nicht so auffallend war, wie bei den vorerwähnten. Die Tuberkulinkur hebt, wenn sie gleichzeitig mit antiluetischer Kur kombiniert wird, die Besserungsaussichten der Paralysis progressiva.

Porosz-Budapest.

Behandlung der progressiven Paralyse mit subduralen Injektionen von Salvarsanserum, von C. Levaditi, Marie (Villejuif) und de Martel. (Compt. rend. Soc. Biol., 13. Dezember 1913.) Ein Kaninchen bekommt 0,07 Salvarsan pro kg Körpergewicht intravenös injiziert; nach einer Stunde wird es entblutet und das Serum durch $^3/_4$ Stunde bei 55° erhitzt. Die zu behandelnden Kranken werden dann beiderseits in der Schläfengegend trepaniert und je 5 ccm des Serums unter die Dura, erst nach vorne, dann nach hinten, injiziert. Zuerst treten bedrohliche Erscheinungen auf: hohes Fieber, Erbrechen, Prostration, partielle Krämpfe und Katatonie. Doch verschwinden diese wieder und es bleiben keine dauernden Störungen bestehen. Diese Symptome sind durch Salvarsan, nicht durch das Serum bedingt; denn in anderen Fällen wurden viel größere Dosen von Serum ohne Nebenerscheinungen unter die Dura gespritzt. Das Salvarsanserum ruft eine starke Reaktion in den Meningen hervor; diese und die spirillizide Wirkung des Medikaments beeinflussen den Krankheitsprozeß günstig. Die beiden auf diese Weise behandelten Paralytiker wurden bedeutend gebessert.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Technik der intrakraniellen Behandlung der progressiven Paralyse, von C. Levaditi, A. Marie und de Martel. (Compt. rend. Soc. Biol., 31. Januar 1914.) Früher verwandten die Verfasser das Serum normaler Kaninchen, jetzt benutzen sie solches von syphilitischen. Es werden Kaninchen mit spirochätenhaltigen Läsionen der Salvarsantherapie unterworfen; zwei Stunden vor dem Entbluten wird nochmals Salvarsan injiziert. Das Serum enthält dann außer dem Medikament auch noch die spezifischen Antikörper; es werden 8 ccm mit 2 ccm Liquor der Patienten vermischt und dann subdural injiziert. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Diagnose und Behandlung der zerebrospinalen Syphilis, von P. Stewart-London. (Brit. m. J., 2. Mai 1914.) Außer einer ziemlich umfassenden Darlegung des Themas bringt Verfasser einen Bericht über 25 Fälle von parenchymatöser Syphilis, welche er intrathekal teils mit Salvarsanserum, teils mit Neosalvarsan behandelt hat. Diese Fälle umfaßten Tabes, Dementia paralytica und primäre syphilitische Optikusatrophie. Die erhaltenen Resultate, welche ziemlich ausführlich auch mit den Befunden an der Zerebrospinalflüssigkeit und der Seroreaktion dargelegt sind, bestätigen die von anderen Verfassern auch berichteten Ergebnisse. Mit Enesol (Salizylquecksilberarsenat) hat Verfasser bei den lanzinierenden Schmerzen der Tabes auch gute Resultate erzielt durch die subkutane Injektion von 0,06 in 1,5 ccm Wasser, die alle 2—3 Tage bis zum Verbrauch von 12—15 Dosen verabreicht wurde. Philippi-Salzschlirf.

Zerebrospinale Untersuchungen bei geheilter Syphilis. Fälle, bei denen die biologische Methode als Kontrolle ausgeführt wurde, von B. C. Corbus-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 1914, Bd. 63, Nr. 7.) In Anlehnung an Mott, der die Aufmerksamkeit auf zwei Faktoren richtete, die die Beteiligung des Nervensystems an der syphilitischen Infektion begünstigen sollen, nämlich 1. das Vorhandensein einer spezifischen Spirochätenform und 2. eine geringe Widerstandsfähigkeit der Infizierten hat C. eine große Zahl von einschlägigen Fällen studiert und seine Resultate tabellarisch veröffentlicht. Er legt zur Verhütung syphilitischer Erkrankungen des Nervensystems besonderen Wert auf häufige Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis und macht von dem Ausfall der Reaktionen seine sehr intensive intravenöse und intraspinale Salvarsanbehandlung abhängig. Er bespricht seine Technik der intraspinalen Injektionen mit salvarsanisiertem Serum und stellt zum Schluß folgende Konklusionen auf: 1. Man legt noch zu wenig Wert auf die Frühdiagnose der Syphilis, solange der Primäraffekt noch vorhanden ist. 2. Sehr viele Ärzte unterlassen es die günstige Gelegenheit zu benutzen, die ihnen eine Frühdiagnose darbietet. 3. Die Kontrolle der Behandlung durch die biologische Untersuchung des Blutserums muß durch die gleiche Untersuchung des Liquor cerebrospinalis ergänzt werden. 4. Intensive intravenöse Injektionen sollten immer bei frischen Fällen versucht werden, ehe man seine Zuflucht zu den intraspinalen Injektionen nimmt. 5. Auf Grund der klinischen Beobachtung ist man wohl berechtigt, das Vorhandensein einer für das Nervensystem spezifischen Spirochätenform anzunehmen.

Felix John-Leipzig.

Die Behandlung der Syphilis des Nervensystems, von John A. Fordyce-New York. (J. Am. m. Assoc., 1914, Bd. 63, Nr. 7.) Bei der Behandlung der Nervensyphilis ist von Wichtigkeit: 1. genaue Diagnose mit serologischem Befund, 2. ausgedehnte Behandlung, 3. Vermeidung zu großer Initialdosen, bis die Toleranz der Patienten festgestellt ist und 4. Fortsetzung der Behandlung, auch wenn nach den ersten Injektionen keine Besserung eintritt. Die Behandlung und Beobachtung der Patienten unter Zuhilfenahme der Lumbalpunktion muß jahrelang fortgesetzt werden, bis die Reaktion eine dauernd negative geworden ist. Es kommt vor, daß die Blutreaktion negativ ist, während der Liquor cerebrospinalis positiv reagiert. Es ist auch gezeigt worden, daß zwischen

Digitized by Google

dem Blutstrom und der Spinalflüssigkeit so geringe Kommunikation besteht, daß in den Blutstrom eingeführte Drogen wenig oder gar nicht in die Spinalflüssigkeit eindringen. Das erklärt den Widerstand gewisser Syphilisformen gegen die gewöhnliche intravenöse Behandlung. Auch die intravenöse Behandlung kann gute Resultate bei Nervensyphilis haben, doch wirkt sie langsamer als die intraspinale Methode. Letztere ist zuerst von Swift und Ellis angewandt worden; sie besteht in Injektionen von salvarsanisiertem Serum in den Subarachnoidalraum; salvarsanisiertes Serum ist das Serum eines Patienten, der eine Stunde zuvor intravenös injiziert wurde; dieses Serum wird in einem Prozentsatz von 40—100, mit Zusatz von Kochsalzlösung, injiziert. Ogilvie hat diese Methode modifiziert und mischt das Salvarsan in vitro mit menschlichem Serum; diese Lösung darf höchstens drei Stunden alt sein. F. warnt davor, mit zu großen Dosen Salvarsan zu beginnen und empfiehlt, mit 0,25 mg anzufangen und je nach der Toleranz des Patienten langsam bis 0,5 mg zu steigen, mit zweiwöchentlichen Intervallen, da die intraspinalen Injektionen sehr schwere Erscheinungen auslösen können. Die intraspinale Behandlung befindet sich im Entwicklungsstadium. Doch kann man schon jetzt sagen, daß sie zu den besten Hoffnungen berechtigt, auch resistente Formen von Nervensyphilis günstig zu beeinflussen. F. hält die Erfolge des Neosalvarsans für geringer als die des Altsalvarsans. Er berichtet dann 22 Fälle von Nervensyphilis, von denen viele erst resultatlos mit Merkur und Jod behandelt wurden; dagegen brachte die intraspinale Behandlung bei einer Anzahl dieser Fälle Besserung der klinischen und serologischen Resultate. F. ist der Überzeugung, daß eine intelligente und energische Behandlung des Frühstadiums der Syphilis nebst Kontrolle durch Serumreaktionen sehr viel dazu beiträgt, eine weitere Entwicklung der Krankheit zu unterdrücken. Felix John-Leipzig.

Die Behandlung der Syphilis des Nervensystems durch intralumbale Injektionen, von H. Campbell-London. (Brit. m. J., 14. März 1914.) Verfasser hat acht Fälle mit intralumbalen Injektionen von salvarsanisiertem Serum behandelt und findet, daß die so erzielten Resultate gegen die sonstigen Behandlungsarten entschieden vorteilhaft abstechen. Es handelte sich um fünf Fälle von Tabes, zwei von Tabesparalyse und ein Fall von Dementia paralytica. Dem durch zwei Injektionen von 0,9 Neosalvarsan vorbehandelten Kranken wurden 120 ccm Blut entnommen und nach Abscheidung des Blutkuchens, ohne zu Zentrifugieren, wurde nach Entleerung einer entsprechenden Menge der Zerebrospinalflüssigkeit das Serum intralumbal injiziert. Das Verfahren wurde bei einigen Patienten nur einmal, bei anderen zweimal und auch dreimal angewandt.

Philippi-Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Behandlung der Syphiliskranken im Jahre 1913 im Garnisonspitale in Mostar, von Binar-Mostar. (Militärarzt, 1914, Nr. 10.) Im Jahre 1913 wurden von 385 Syphilisfällen 256 mit intramuskulären Salvarsan- beziehungsweise intravenösen Neosalvarsaninjektionen behandelt. Die Behandlung wurde nur nach positiver Wassermann-Reaktion eingeleitet und war stets eine mit Quecksilberbehandlung kombinierte. Die Salvarsan- und Neosalvarsankuren gestalteten sich viel milder, wenn ihnen eine Quecksilberkur voranging; es traten dann geringere oder fast gar keine subjektiven Beschwerden auf, keine oder minimale Temperatursteigerung, keine Herxheimersche Reaktion. B. machte erst nach 2—3 Schmier- oder Injektionskuren mit Hg eine intramuskuläre Salvarsaninjektion; drei Wochen später begann er mit intravenösen Neosalvarsaninjektionen, von

Digitized by Google

denen er 2, 3 oder 4 in wöchentlichen Intervallen gab und zwar zu 0,45, 0,6, 0,75 und einige Male zu 0,9. Ein Fall endete letal: Infektion vor vier Jahren; zur Zeit der Behandlung Papeln am Gliede, WASSERMANN +++; 8. Okt. Salvarsan 0,6 intramuskulär, am 22. Okt. Neosalvarsan 0,45 intravenös. Am 26. Okt. Bewußtlosigkeit, epileptiforme Krämpfe, Erbrechen, 27. Okt. Exitus. B. gibt die Schuld der „Giftigkeit des Präparats". Bei 26 primären und 20 sekundären so behandelten Fällen ist der WASSERMANN negativ geworden und auch geblieben; bei 10 anderen blieb W. immer positiv, jedoch ohne klinische Erscheinungen. Nur bei einem Fall trat nach einem Jahr ein Exanthem auf und der negative W. wurde positiv +++. Die Beobachtungszeit bei diesen Fällen betrug 8—18 Monate. Typische Fälle von Malaria und Milztumor wurden durch intravenöse Neosalvarsaninjektionen mit vollem Erfolge behandelt; bei Lupus vulgaris keine Besserung.

John-Leipzig.

Über Schwerfiltertherapie, von S. LÖWENTHAL-Braunschweig. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Auf Grund elektrometrischer Messungen kam Verfasser zu der Anschauung, daß Röntgenstrahlen, welche durch 1—2 mm Blei hindurchgegangen sind, dieselbe Wirkung auszulösen vermögen wie die γ-Strahlung. Diese stark durchdringende Röntgenstrahlung unterliegt in großen Gewebstiefen denselben Absorptionsgesetzen wie die radioaktive Strahlung. Die von der Röntgenröhre in die Tiefe dringende Energie ist dafür von einer beträchtlicheren Größenanordnung als selbst die eines starken Radiumpräparates. Bei seinen weiteren Versuchen konnte Verfasser nachweisen, daß $^1/_4$ mm Blei keine für die Haut schädliche Strahlung mehr hindurchläßt. In einer späteren Arbeit soll über die Anwendung der Schwerfilter in der Tiefentherapie und über bisher damit erzielte Erfolge näher berichtet werden.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Bericht über die therapeutische Tätigkeit des Samariterhauses vom 1. Oktober 1906 bis 1. Januar 1914, von R. WERNER-Heidelberg. (Strahlenther., 1914, Bd, 5, H. 1.) Alle malignen Tumoren, soweit sie sich leicht und mit relativ gutem Erfolg chirurgisch entfernen lassen, werden operiert, die schwer operablen oder hinsichtlich des zu erwartenden Erfolges ungünstigen Neoplasmen sind radiologisch zu behandeln. Da wo beide Verfahren geeignet erscheinen, kann die Wahl dem Patienten freigestellt werden. Der Operation folgt mit Vorteil die radiologische Nachbehandlung. Bei Sarkomen, insbesondere des Knochens und der Lymphdrüsen, ist die Anwendung von Arsenpräparaten an Stelle der erwähnten Verfahren oder neben diesen empfehlenswert. Versuche mit chemotherapeutischen oder auf Vakzination, resp. Toxinwirkung beruhenden Agentien sind nur bei inoperabelen oder für die Strahlenbehandlung hoffnungslosen Tumoren gestattet, oder zur Verhütung von Rezidiven.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Experimentelle Studien zur Dosierung der Röntgenstrahlen mit dem SABOURAUDschen Dosimeter, von H. RITTER, G. A. ROST und R. KRÜGER-Hamburg. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Aus der wertvollen, für den weiteren Ausbau der Dosimetrie bedeutungsvollen Studie sei folgendes hervorgehoben: Da mit dem SABOURAUDschen Dosimeter nur Strahlen einer bestimmten Qualität quantimetrisch miteinander verglichen werden können, so schlagen die Verfasser vor, der Dosenangabe immer die Strahlenqualität, für welche die Messung gilt, hinzuzufügen, indem der Bezeichnung x jedesmal die Halbwertschicht der Strahlen beigesetzt wird. So würde dann 5 x 2,5 die halbe SABOURAUD-Dosis für Strahlen der Halbwertschicht 2,5 bedeuten. Um dem schweren Mangel in der Dosimetrie, wonach sich nur Strahlen einer bestimmten Qualität quantimetrisch miteinander vergleichen lassen, abzuhelfen, ist es zunächst einmal notwendig, die biologischen Äquivalente der SABOURAUD-Dosen für die einzelnen Strahlen-

Digitized by Google

qualitäten kennen zu lernen. Als biologisches Vergleichsmaß wählten die Verfasser den Epilationseffekt, d. h. den biologischen Effekt, bei dem vorübergehender Haarausfall ohne Erythem der Kopfhaut resultiert. Es war zu ermitteln, wieviel x bei den verschieden harten Strahlen nötig waren, um den gleichen biologischen Effekt, nämlich den temporären, unkomplizierten Haarausfall herbeizuführen. Nach fleißigen Vorversuchen an Erbsenkeimlingen wurden zirka 40 Kinderköpfe einwandfrei mit verschieden harten Strahlen epiliert. Das interessante Resultat ist in einer Tabelle zusammengestellt. Als Optimum für die Praxis erwies sich zur Epilation eine Dosis von 8 x bei einer Strahlenhärte von Benoist Walter 6 mit Vorschaltung eines 0,5 mm dicken Aluminiumfilters-Halbwertschicht 1,8 (8 x 1,8). In gleicher Weise wurden auch an der unbehaarten Haut gesunder Individuen in 165 Einzelbestrahlungen die Äquivalente der Erythemdosen für die einzelnen Härtegrade ermittelt und ebenfalls in einer Tabelle zusammengestellt. Das vorläufig für die Praxis wichtigste Ergebnis aller dieser mühevollen Untersuchungen ist die Verbesserung der Technik der Radioepilation. Durch die Anwendung ausschließlich harter, gefilterter Strahlen wird das Auseinanderrücken der therapeutischen (Epilationsdosis) und der toxischen (Erythemdosis) erzielt. Als weiteres Ergebnis ihrer Studie konnten die Verfasser die Maximaldosen für die Dosierung mit dem Sabouraud festsetzen. Sie hielten sich dabei nicht an die Äquivalente für den Erythemeffekt, sondern an die für den Epilationseffekt. Diese Maximaldosen bei der Applikation gefilterter Strahlen sind aus folgender Tabelle ersichtlich:

bei 4 mm Al.-Filter: 20 x 2,5
bei 2 „ „ „ : 18 x 2,25
bei 1 „ „ „ : 16 x 2
bei 0,5 „ „ „ : 14 x 1,8.

Die Verfasser haben bei Anwendung dieser Dosen in vierwöchentlichen Abständen über längere Zeit appliziert Schädigungen der Haut niemals beobachtet.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Verschiedenes.

Infolge des Krieges mußte die **Polyclinic** zu London, das von Sir Jonathan Hutchinson zum Zwecke der ärztlichen Fortbildung begründete und großzügig eingerichtete Institut, geschlossen werden.

Dr. Henry K. Gaskill wurde zum Assistant Professor der Dermatologie am Jefferson Medical College in Philadelphia ernannt.

Prof. Ludwig Merk, Vorstand der dermatologischen Klinik in Innsbruck, ist daselbst als k. k. Regimentsarzt und Kommandant des k. u. k. Garnisonspitales Nr. 10 tätig.

Dr. Felix Danziger in Leipzig hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Dr. Paul Scharff in Stettin erhielt den Titel Sanitätsrat.

Prof. Fritz Ludwig Kohlrausch, Vorstand des Radiuminstitutes an der Kgl. Sächs. Bergakademie zu Freiberg, starb in Frankreich den Heldentod.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. Dezember 1914 | Nr. 50 | Band 59

Aus der venereologischen und dermatologischen Klinik der Kgl. Universität Turin (Vorstand: Prof. S. Giovannini).

Über die Färbung der Endfäden des Treponema pallidum.

Von

Dr. Arturo Fontana, Dozent und Oberassistent.

(Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. med. K. Rühl, Turin.)

(Mit 2 Abbildungen.)

Schaudinn (1) hat als erster vermittels des Verfahrens, das Loeffler zur Färbung der Bakteriengeißeln vorgeschlagen hat, die Existenz von dünnen, langen Geißeln an jedem Ende des Körpers des Treponema pallidum nachgewiesen; die Länge dieser Geißeln soll derjenigen von 4 bis 6 Windungen des Treponema entsprechen; bei etwas größeren Exemplaren des Treponema soll man zuweilen an einem Ende zwei Geißeln beobachten, ähnlich als ob der Keim eine Teilung in der Längsrichtung erfahre, wie es z. B. bei den Trypanosomen der Fall ist. Schaudinn behauptete ferner, es sei ihm durch große Übung gelungen, die Geißeln auch bei lebenden Treponemen und in nach Giemsa gefärbten Präparaten zu sehen.

Diese Befunde Schaudinns wurden von Herxheimer und Löser (2) selbst unter Anwendung einer unter Erwärmen gesättigten Gentianaviolettlösung und von Goldhorn unter Anwendung einer besonderen Färbungsmethode bestätigt.

Löwenthal (4) hob später die nicht konstante Anwesenheit der Endfäden beim Syphiliserreger hervor, während Krzysztalowicz und Siedlecki (5), die mit Marineblau arbeiteten, angaben, sie hätten ähnliche Gebilde wie die von Schaudinn beschriebenen oft beobachtet, sie seien aber der Ansicht, daß dieselben nicht als Geißeln, sondern eher als eine Phase der Verlängerung des Körpers des Mikroorganismus zu deuten seien.

Borrel (6) wandte wieder die Löfflersche Methode für Geißelfärbung an und konnte bei Tausenden von Exemplaren, die er untersuchte, nur fünf- bis sechsmal ganz feine Fäden beobachten, die entweder von einem der Enden des Parasiten, oder von einem Punkte in der Nähe

Digitized by Google

des Endes seitwärts ausgingen und eine ähnliche Wellung wie die Treponemen selbst aufwiesen.

Hoffmann und Prowazek (7) haben die Behauptung, daß es sich um Geißeln handle, angezweifelt und die Hypothese aufgestellt, daß es sich einfach um eine Verlängerung des Periplastes handle.

Obwohl die Frage nach der richtigen Klassifizierung des Treponema pallidum noch offen steht und es noch nicht festgestellt ist, ob dieser Keim als ein Protozoon oder als ein Bakterium aufzufassen sei, und ob somit die erwähnten Endfäden als Geißeln oder als Flimmerhaare zu betrachten sind, steht die Existenz dieser Fäden außer Zweifel, indem sie von mehreren Autoren, wie Sobernheim und Tomasczewski (8), Doutrelepont (9), Nattan-Larrier und Bergeron (10), Plaut (11), Levaditi (12), Noguchi (13), u. a. m. bestätigt wurde.

Ich habe vor etwa zwei Jahren eine Methode zur raschen Färbung des Treponema pallidum in Ausstrichpräparaten durch Silbernitratdurchtränkung angegeben (14, 15), welche, nach den Angaben von Tribondeau (16) vervollkommnet, von mehreren Syphilidologen [Levaditi (17), Tomasczewski (18), Palmieri (19), Nicolas (20) u. a. m.] erfolgreich angewendet wurde.

Ich habe nun, um mein Verfahren weiter zu vervollkommnen und es, wenn möglich, auch zur Färbung der Endfäden anzuwenden, versucht, die Zusammensetzung der Beizlösung derart abzuändern, daß der Mikroorganismus stärker angegriffen wird und infolgedessen das Argentum nitricum ammoniacale intensiver einwirken konnte.

Nach vielen Versuchen habe ich eine Mischung von Pikrinsäure und Gerbsäure als die geeignetste ausgewählt.

Das von mir vorgeschlagene und mit Erfolg angewendete Verfahren ist folgendes:

1. Das zu untersuchende Material (Reizserum) wird in einer ganz dünnen Schicht auf einem Objektträger ausgebreitet, an der Luft getrocknet und während einer halben Stunde in absolutem Alkohol fixiert.

2. Auf das so fixierte Präparat läßt man während einer Minute folgende Lösung kalt einwirken: 40 prozentiges Formol des Handels 2 ccm, Eisessig 1 ccm, dest. Wasser 100 ccm.

3. Danach spült man das Präparat unter fließendem Wasser, gießt einige Tropfen von einer Mischung, zu gleichen Teilen, von einer gesättigten wässerigen Lösung von Pikrinsäure und einer 25 %igen wässerigen Lösung von Gerbsäure darauf, erwärmt auf einer schwachen Flamme bis zur Entwicklung von kleinen Dämpfen, läßt die Lösung während fünf Minuten, d. h. bis zum Abkühlen, auf dem Präparat und spült dieses gründlich.

Digitized by Google

4. Schließlich gießt man auf das Präparat einige Tropfen von folgender Lösung: Argentum nitricum 1 g, dest. Wasser 100 g, flüssig. Ammoniak q. s. um die Flüssigkeit stark zu trüben und einen dicken braunen Niederschlag zu erzeugen; erwärmt auf einer schwachen Flamme bis zur Entwicklung von Dämpfen, spült sorgfältig und legt in Kanadabalsam ein, in welchem die Präparate sich während mehrerer Monate unverändert aufbewahren. Wenn die Silbernitratlösung so schwach alkalisiert wird, erfolgt die Reaktion leichter und die Färbung ist eine intensivere.

Ich habe aus den tieferen Teilen eines großen Kaninchenskrotalsyphiloms, das durch Einimpfung von Virus zweiten Überganges erzeugt worden war, Material entnommen und mit diesem eine Reihe von Präparaten hergestellt, die ich nach dem soeben angegebenen Verfahren färbte. Ich konnte auf diesem Wege bei einer großen Anzahl von Treponemen charakteristische Endfäden nachweisen.

Diese befinden sich gewöhnlich an beiden Enden des Mikroorganismus und sind entweder gerade oder gewunden; ihre Länge entpricht derjenigen von einer oder zwei, zuweilen sogar von sechs bis sieben Windungen des Treponema, also zwei Drittel der Länge des ganzen Keimes; zuweilen haben sie an beiden Enden des Parasiten die gleiche Länge, öfter ist das jedoch nicht der Fall; sie sind äußerst dünn; sie färben sich schwach, jedoch stets genügend, um photographiert werden zu können.

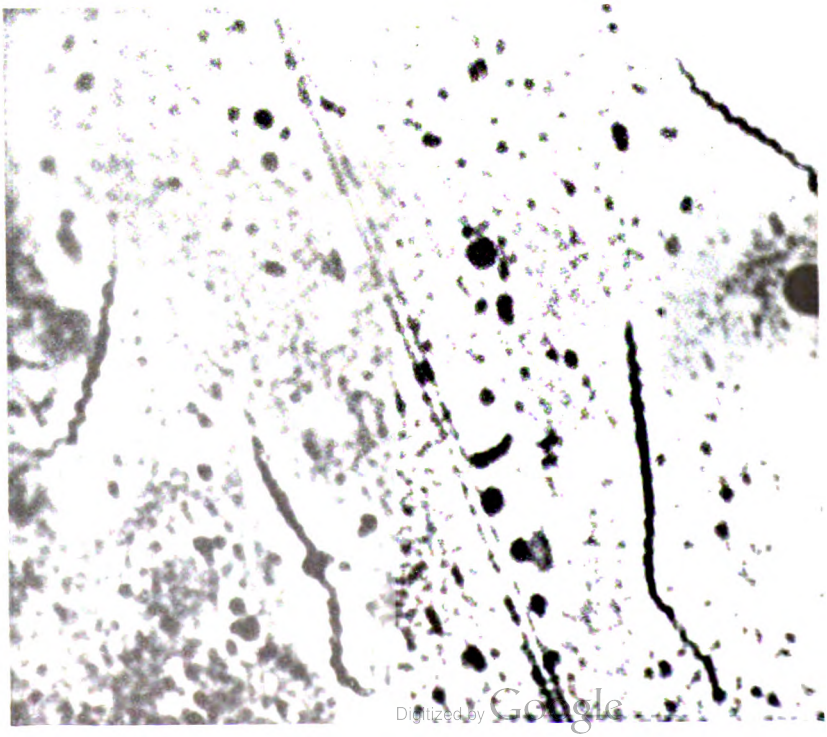
Bemerkenswert ist dabei eine Tatsache, die, soweit mir bekannt, bis jetzt nie beschrieben wurde, nämlich die, daß bei der großen Mehrzahl der Exemplare der Faden nicht zugespitzt, sondern mit einer mehr oder minder entwickelten, ziemlich deutlich gefärbten, keulenartigen Anschwellung endet, die 3—4 mal so groß wie der Faden selbst ist.

Mehrere Präparate aus derselben Reihe wurden, zwecks Vergleiche, nach verschiedenen anderen Methoden (Löffler für Geißeln, Giemsa, Langsamfärbung, Fontana-Tribondeau, Goldhorn) gefärbt; nur in der nach Löffler gefärbten konnte ich Endfäden beobachten, und zwar waren in mehreren Präparaten auch die keulenförmigen Anschwellungen sichtbar; hierdurch wurde somit mein Befund bestätigt und die Hypothese ausgeschlossen, daß die betreffenden Gebilde auf eine Bildung von Präzipitaten zurückzuführen sei.

Hervorheben muß ich jedoch, daß mir die Färbung der Fäden und ihrer keulenartigen Anschwellungen bei Präparaten, die ich aus anderem syphilitischen Material herstellte, nicht immer gelungen ist; das läßt sich leicht durch die große Schwierigkeit erklären, mit der Geißeln gefärbt werden. Es gibt zum Teil noch unbekannte Umstände, von denen die mehr oder minder leichte Färbung dieser Gebilde abhängt; deshalb lauten auch die Berichte der verschiedenen Autoren über den Nachweis der

Digitized by Google

Fig. 1.



Digitized by Google

Fig. 2.

Geißeln anfangs sehr verschieden. So fand BORREL bei der Untersuchung von mehreren Tausenden von Treponemen nur 5—6 mal Fäden, während LEVADITI, als er die Syphiliserreger während 24 Stunden in halbgeronnenem Pferdeblutserum aufbewahrte, bei einigen derselben nur einen spiralförmigen Faden sah, und LENNHOFF (21) berichtet in einer kürzlich erschienenen, sehr interessanten Arbeit über die chemische Affinität des Salvarsans für den Körper des Treponema über einen Versuch, der verdient erwähnt zu werden und vielleicht eine teilweise Erklärung meiner Beobachtungen abgeben kann:

Einem Kaninchen mit einem Skrotalsyphilom wurden 0,6 Neosalvarsan (= 0,33 pro Kilo) intravenös eingespritzt; danach wurden alle 5 Minuten Präparate hergestellt und mit einer Mischung von Ferrizyankalium und Eisenperchlorid gefärbt. Nach 5 Minuten waren keine Treponemen sichtbar; nach 10 Minuten waren wenige schlecht gefärbte sichtbar; nach 15 Minuten waren hingegen sehr zahlreiche, intensiv, gefärbte verdickte Exemplare zu beobachten; einige derselben zeigten deutliche Endfäden und eine Art Membran; nach 20—30—40 Minuten verminderte sich die Zahl der sichtbaren Keime, diese wurden blasser und schließlich verschwanden sie gänzlich.

Es wäre also möglich, daß die von mir beobachtete keulenartige Endanschwellung nur zu gewissen, noch nicht bestimmten Zeiten des Lebenszyklus des Treponema nachweisbar ist, oder daß diese Gebilde ein Ausdruck von prämortalen Entartungserscheinungen sind, oder endlich, daß sie irgend welche Analogie mit den Spirochätenknospen MEIROWSKYS (22) haben.

Die Frage kann vorläufig nicht gelöst werden; es sind dazu weitere eingehende Untersuchungen erforderlich.

Ich habe mich deshalb darauf beschränkt, meine Befunde zu beschreiben und die guten Resultate hervorzuheben, die meine Färbungsmethode liefert.

Literatur.

1. SCHAUDINN, F., Über Spirochaeta pallida bei Syphilis und die Unterschiede dieser Form gegenüber anderen Arten dieser Gattung. B. kl. W., 1905, Nr. 22. — 2. HERXHEIMER, K. u. LÖSER, Über den Bau der Spirochaeta pallida. M. m. W., 1905, Nr. 46. — 3. MAC KEE, G., The Spirochaeta pallida in Syphilis, with special reference to GOLDHORNS rapid staining method. New York m. J., 1906, Nr. 12. — 4. LÖWENTHAL, W., Beitrag zur Kenntnis der Spirochäten. B. kl. W., 1906, Nr. 10. — 5. KRZYSZTALOWICZ, F. u. SIEDLECKI, M., O budowie i rozwoju Spirochaeta pallida SCHAUDINN. Bull. d. l'Acad. de Cracovie, Sitz. 1905; Ref. in Rev. prat. d. malad. cut. syph. et vénér., 1906, Nr. 2. — 6. BORREL, A. et BURNET, Procédé de diagnostic rapide des lésions syphilitiques. Compt. rend. Soc. Biol., 1906. — 7. HOFFMANN. E. u. PROWAZEK, S., Untersuchungen über die Balanitis- und Mundspirochäten. Zbl. f. Bakt.,

Digitized by Google

Abt. 1: Orig. Bd. 41, S. 741. — 8. Sobernheim, G. u. Tomasczewski, E., Über Spirochaeta pallida. M. m. W., 1905, Nr. 39. — 9. Doutrelepont, Über Spirochaeta pallida. Sitzungsber. d. Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilk. in Bonn, 11. Dez. 1905. — 10. Nattan-Larrier, L. et Bergeron, A., Présence du Spirochaeta pallida dans le sang des syphilitiques. Presse méd., 1906, Nr. 3. — 11. Plaut, Ref. D. m. W., 1908, Nr. 29. — 12. Levaditi, zit. in Sezary, Microbiologie de la Syphilis. Paris (Masson) 1913. — 13. Noguchi, J., Cultivation of pathogenic Treponema pallidum. J. Am. m. Assoc., Juli 1911. — 14. Fontana, A., Verfahren zur intensiven und raschen Färbung des Treponema pallidum und anderer Spirochäten. Derm. W., 1912, Bd. 55. — 15. Fontana, A., Sopra alcune modificazioni apportate al metodo di colorazione del Treponema pallidum col nitrato d'argento ammoniacale. Pathologica, 1. April 1913. — 16. Tribondeau, M., Diagnostic microscopique du chancre induré. Nouveau procédé rapide de coloration des spirochètes. Bull de la soc. franç. de derm., 1912. — 17. Levaditi, Marie et Bankowski, Compt. rend. Soc. Biol., 19. April 1913. — 18. Tomasczewski, E. u. Forster, E., Untersuchungen über die Spirochäte des Paralytikergehirns. D. m. W., 1914, Nr. 4. — 19. Palmieri, R., Studio critico comparativo fra i vari metodi di colorazione del Treponema pallido. Giorn. di Med. mil., 1913, Nr. 10. — 20. Nicolas, Favre et Gaté, Nouvelle méthode de coloration des Spirochètes. Lyon méd., 1914, Nr. 7. — 21. Lennhoff, C., Mikroskopischer Beitrag zur Frage der Parasitotropie des Salvarsans und des Chinins. Zschr. f. Chemother., 1914, Bd. 2. — 22. Meirowsky, Beobachtungen an lebenden Spirochäten. M. m. W., 1913, Nr. 17.

Aus dem Laboratorium der dermatologischen Klinik
des Akademikers Prof. T. P. Pawlow-St. Petersburg.

Zur Frage des experimentellen Xanthoms [1]).

Von

Dr. A. J. Lebedew.

(Mit 1 farbigen Tafel.)

(Schluß.)

Auf Grund des Befundes experimentell hervorgerufener Ablagerungen der Lipoide in den Fibroblasten, haben wir die volle Möglichkeit das Entstehen des Fibroxanthoms vom Standpunkte der infiltrativen Theorie zu erklären, während der Befund dieser Substanz in den Makrophagen die Ursachen des Entstehens der oben angeführten klinischen Formen des Xanthoms nicht aufklärt.

Außerdem interessierte uns die Frage, inwiefern die in den Hautgranulomen und im Derma bei mechanischen Momenten sich ablagernden Cholesterinesterverbindungen als Erreger betrachtet werden können und wie das Derma auf die Ablagerung der Lipoide reagiert. Welchem Um-

[1]) Vortrag in der Russischen Dermatologischen und Syphilidologischen Gesellschaft W. M. Tarnowsky, mit Demonstration mikroskopischer Präparate (28. April 1913).

Digitized by Google

stande ist das stationäre, jahre-, mitunter lebenslange Vorhandensein des Hautxanthoms zuzuschreiben, wenn die „Xanthomazellen" zu den Makrophagen gehören und folglich mittels derselben der Organismus die Cholesterinesterlager im Derma vernichten müßte? Um diese Frage, wenn auch nur teilweise, zu lösen, haben wir entsprechende Versuche angestellt, indem wir Mercks Cholesterin, in erwärmtem Sonnenblumenöl aufgelöst, in das Derma eines Kaninchens einführten. Nach Auflösung des Cholesterins in Sonnenblumenöl, Erkalten und Dick- und Trübewerden dieser Lösung, wurde dieselbe dem Kaninchen eingespritzt, wobei die dicke Masse nur mit Mühe durch die Nadel der Spritze, welche oft gereinigt werden mußte, dem Tiere zugeführt werden konnte, konnten wir zuletzt zu unserer Befriedigung bemerken, daß die Masse beim Herauslassen derselben auf den Handrücken weder Rötung noch Brennen der Haut, noch Entzündungserscheinungen zur Folge hatte, was dieselbe für unsere Zwecke als vollkommen geeignet machte. Den Kontrollkaninchen haben wir in das Derma nur schwach angewärmtes oder überhaupt nicht erwärmtes Sonnenblumenöl ohne jeglichem Cholesterininhalt, eingeführt. Gewöhnlich entstand sofort nach dem Einspritzen des Cholesterins im Sonnenblumenöl an der betreffenden Stelle eine Geschwulst, welche sodann im Laufe der nächsten Tage größer und härter wurde und während der ganzen Versuchsdauer (maximal $3^1/_2$ Monate) stationär blieb. Auch auf den Stellen des Einspritzens von Sonnenblumenöl ohne Cholesterin bildeten sich Geschwülste, jedoch verschwanden sie in einer bedeutend kürzeren Frist (7—10 Tage, maximal 1 Monat). Die exzidierten Geschwülste wurden fixiert und nach den gebräuchlichen Methoden bearbeitet. Wir erlauben uns nachstehend die Resultate unserer Versuche mitzuteilen, da sie unserer Meinung nach von wesentlicher Bedeutung sind.

In erster Linie sei bemerkt, daß wir beim Einführen des Cholesterins im Sonnenblumenöl in das Derma des Kaninchens, in welcher Frist nach der Injektion die Exzision der hervorgetretenen Geschwülste nicht vorgenommen worden wäre, bei den Untersuchungen in der Regel eine enorme Infiltration aller Schichten des Derma durch polymorphe Zellenelemente fanden. Auf diese Weise standen die von uns untersuchten Geschwülste ihrer Struktur nach am nächsten den Granulomen, mit dem Vorherrschen dieser oder jener Zellformen, abhängig von der Dauer der Entzündung und der Vornahme der Exzision. Nach Ablauf von 24 Stunden war eine starke Reaktion sämtlicher Schichten des Derma zu sehen, welches sich durch Zellelemente stark infiltriert zeigte, seine ursprüngliche Struktur fast vollständig verloren oder aber nur zum Teil behalten hatte und bedeutende ödematöse Erscheinungen aufwies, besonders in den tiefen Schichten. An den Gefäßen des Derma, sowie blutführenden und lymphatischen Kapillaren war eine bedeutende Anhäufung von Leukozyten

Digitized by Google

und Emigration derselben durch die Gefäßwände zu konstatieren. Außerdem konnte man bei einigen enorme Anhäufungen von Erythrozyten beobachten. Ein Bluterguß in das Gewebe des Derma war jedoch nicht zu sehen. Verschiedene große Tropfen des neutralen isotropischen Fettes, sowie größere und kleinere Sphärokristalle und Nadeln des Cholesterins lagen vollständig frei zwischen den Zellmassen des Infiltrats. Diese letzteren bestanden hauptsächlich aus Lymphozyten, Fibroblasten und wenigen Pseudoeosinophilen und Mastzellen. In den Zentren des Infiltrats, welche sich in den oberen Teilen des Derma befanden, machten sich quantitativ überwiegend hypertrophierte Fibroblasten bemerkbar. In sämtlichen oben angeführten Zellelementen war weder ein isotropischer noch ein anisotropischer Inhalt zu bemerken.

Nach Verlauf von drei Tagen nach dem Einspritzen wies das Gewebe des Derma annähernd denselben Inhalt an isotropischen und anisotropischen Fetten auf, wie nach Verlauf von 24 Stunden nach der Einführung, obwohl die Verteilung derselben eine einigermaßen andere war. Während der anisotropische Stoff noch ebenso wie nach Ablauf eines Tages gelegen war, lag der isotropische Stoff teilweise in den Gewebelücken des Derma und stellenweise aber auch zwischen den lymphatischen Kapillaren. Die Emigration der Leukozyten setzte sich in dieser Entzündungsperiode fort. Im Entzündungsgebiete konnte man neben anderen Gewebeformen auch die Anwesenheit ganz bedeutender Mengen großer phagozytierender Elemente konstatieren. Dieselben befanden sich in großen Mengen in nächster Nähe der Ablagerungen des anisotropischen Stoffes und gelang es auch in dem Protoplasma einiger derselben die Anwesenheit kleinster anisotropischer Bestandteile, sowie kleinster Tröpfchen der isotropischen Substanz festzustellen. Übrigens war die Menge solcher Phagozyten aufweisender Bestandteile am dritten Tage der Entzündung noch unbedeutend.

Nach Verlauf eines Monats fällt die Verminderung der Mengen des neutralen isotropischen Fettes auf. In nur unbedeutenden Mengen lagen Tropfen desselben zwischen den Gewebsmassen des Infiltrats, während der größere Teil zwischen den lymphatischen Kapillaren des Derma zu finden war. Auf dem ganzen Gebiete der Entzündung waren große, manchmal zweikernige Makrophagen zu sehen. Dieselben placierten sich um die Ablagerungen des anisotropischen Stoffes und ließen sich dabei auch in dem vakuolisierten Protoplasma (Polarisationsmikroskop) kleinste Sphärokristalle des Cholesterins konstatieren. An den Seiten der Anhäufungen, in der Nachbarschaft der anisotropischen Ablagerungen waren, außer Makrophagen und Lymphozyten allenthalben hypertrophierte alte und neue Fibroblasten zu bemerken.

Nach Verlauf von $2^1/_2$ Monaten gelang es uns die Anwesenheit des isotropischen Fettes bloß in den lymphatischen Gefäßen des Derma zu entdecken. Das Granulomgewebe bestand im Zentrum des Präparats fast durchweg aus großen Makrophagen, deren vakuolisiertes, schaumiges Protoplasma den Inhalt kleiner anisotropischer Mengen aufwies. Im Gebiete der Entzündung sahen wir eine große Menge von Riesenzellen, deren Protoplasma ebenso Vakuolisation und einen manchmal ganz enormen Inhalt anisotropischer Bestandteile zeigte. Ihrem Aus-

Digitized by Google

sehen nach erinnerten diese Riesenzellen an diejenigen Elemente, welche „Xanthomriesenzellen“ genannt werden. Das Quantum des zwischen den Zellen des Infiltrats freiliegenden lipoiden Stoffes war nicht groß, da derselbe fast durchweg in den oben angeführten Zellenelementen sich befand. Die Stellen der freiliegenden Sphärokristalle des Lipoids und der dieselben umgebenden Makrophagen und Riesenzellen waren oft von ganzen Zügen der Fibroblasten umgeben, welche gewissermaßen als Begrenzung derselben von der übrigen Masse des Infiltrats dienten. An den durch Spiritus durchgeführten Präparaten, welche auch in der Helly-Flüssigkeit fixiert worden sind, ist es ganz klar zu sehen, daß ein Teil der Makrophagen degenerative Umwandlungen erleidet und Erscheinungen der Piknosis oder der Chromatolysis des Kerns das Zerfallen oder die Auflösung des letzteren aufweist, während das Protoplasma derselben für die Färbung schwach empfänglich ist und in kleine Stücke und Fädchen zerfällt. Diese Zellen sind den Makrophagen besonders ähnlich, deren Vernichtung beim xanthomatösen Granulom (Xanthoma pseudo-diabet. cum lymphad. xanthomatosa) wir zu beobachten bereits Gelegenheit hatten.

Auf diese Weise erhielten wir nach Verlauf von drei Monaten, von dem Tage des Anfanges unserer Versuche an gerechnet, ein Bild, welches im allgemeinen mit dem pathologisch-anatomischen Bilde des xanthomatösen Granuloms Ähnlichkeit hatte. Alle Veränderungen und Umwandlungen, welche von uns dabei beobachtet werden konnten, können dem Einflusse der anisotropischen Ablagerungen im Derma zugeschrieben werden. Auch zeigte de facto die Untersuchung der zweiten Gruppe der experimentellen Geschwülste (Einführung von erwärmtem und kaltem Sonnenblumenöl), daß die reaktiven Erscheinungen des Derma, bei Einführung des isotropischen Fettes in dasselbe, nur unbedeutend sind und daß sie eine nur schwach erhöhte Infiltration, hauptsächlich in den oberen Schichten desselben, nach sich ziehen. Zudem kann auch letztere mit einiger Gewißheit dem Wärmegrade des eingespritzten Sonnenblumenöls zugeschrieben werden, da bei analogen Versuchen mit ungewärmtem Sonnenblumenöl eine Infiltration fast gar nicht zu bemerken ist. Die Verbreitung des in das Derma des Kaninchens eingeführten neutralen Fettes geht fast ausschließlich auf dem Wege des lymphatischen Apparates vor sich und ist in bedeutendem Maße als Reizungsagens resp. Fremdkörper zu betrachten. Es könnte sein, daß dabei außer den chemischen Eigenschaften des Cholesterins auch seine rein physikalischen so seine Kristallisierfähigkeit (Sphärokristalle und Nadeln, welche sich in radiär-strahlenförmige Aggregate legen) eine gewisse Rolle spielen konnten. Jedenfalls besitzt das Cholesterin bei seinen Ablagerungen aus dem Blute in die Granulome unserer Meinung nach und den oben angeführten Daten zufolge die Fähigkeit, die Entzündung aufrechtzuerhalten und dadurch die reaktive Entwicklung der Geschwulst

Digitized by Google

zu verhindern. Der Organismus reagiert auf die Ablagerungen des Cholesterins, indem er das Maximum seiner Energie wie gegen Fremdkörper (Makrophagen, Riesenzellen) verausgabt, und doch verschwinden die Xanthome einerseits deshalb nicht, weil aus dem Blute immer neue Mengen der Lipoide in die Gewebe übersiedeln und andererseits deshalb, weil ein Teil der widerstandsfähigen Makrophagen auf dem Entzündungsfelde vernichtet wird. Sodann kommt eine andere widerstandsfähige Vorrichtung, die Inkapsulierung, zu Hilfe und der Organismus produziert ein Bindegewebe, welches die anisotropischen Ablagerungen einschließt und inkapsuliert. Das letztere geht aus den oben angeführten Beschreibungen unserer Präparate hervor. Außerdem waren in der Literatur bereits Typen des Xanthoms bekannt, welche bei ihrer mikroskopischen Untersuchung eine zellenähnliche Struktur aufwiesen, da die lipoide Substanz und die dieselbe umgebenden Zellen (Makrophagen) sich in Zentren verteilen, welche voneinander durch dünne Schichten des Bindegewebes der Kutis getrennt sind. Natürlich kann bei Anwendung des letzteren Modus der Bekämpfung des Eindringens der anisotropischen Substanz in das Gewebe des Derma ein vollkommenes Verschwinden des in Frage kommenden Stoffes nicht erwartet werden, was auch unserer Meinung nach als eine der Ursachen der ungemein langen Dauer des Vorhandenseins des Xanthoms gelten muß.

Zum Schlusse gegenwärtiger Arbeit halte ich es für meine Pflicht, meinem hochgeschätzten Lehrer, Hrn. Prof. T. P. Pawlow, für die mir liebenswürdigst erteilte Erlaubnis zur Ausführung dieser Arbeit, sowie für die erhaltenen wertvollen Anweisungen, meinen innigsten Dank auszusprechen.

Tafelerklärung.

Fig. 1. Experimentelle Hautgranulome eines $3^1/_2$ Monate mit Cholesterin in Sonnenblumenöl gefütterten Kaninchens. Färbung: Scharlachrot.

a) Große, freiliegende Sphärokristalle des lipoiden Stoffes.

b) Kleine, freiliegende oder in den Zellen des Infiltrats eingeschlossene Sphärokristalle.

c) Dilatierte, bluttragende Kapillaren mit dem Inhalte der Cholesterinverbindungen. Teilweise ist das Austreten derselben in das umgebende Granulationsgewebe zu sehen (d).

Fig. 2. Zellenelemente der experimentellen Granulome, in welchen die Ablagerungen sphärokristallischer Verbindungen des Cholesterins vor sich ging.

a) Ein- und zweikernige große Makrophagen (Polyblasten Maximows), deren Protoplasma durchweg mit sphärokristallischen Einschlüssen des Lipoids gefüllt ist.

b) Fibroblasten, in deren Protoplasma ebenfalls die Anwesenheit charakteristischer doppeltbrechender Kristalle sich konstatieren läßt.

c) Freiliegende Ablagerungen des lipoiden Stoffes.

Digitized by Google

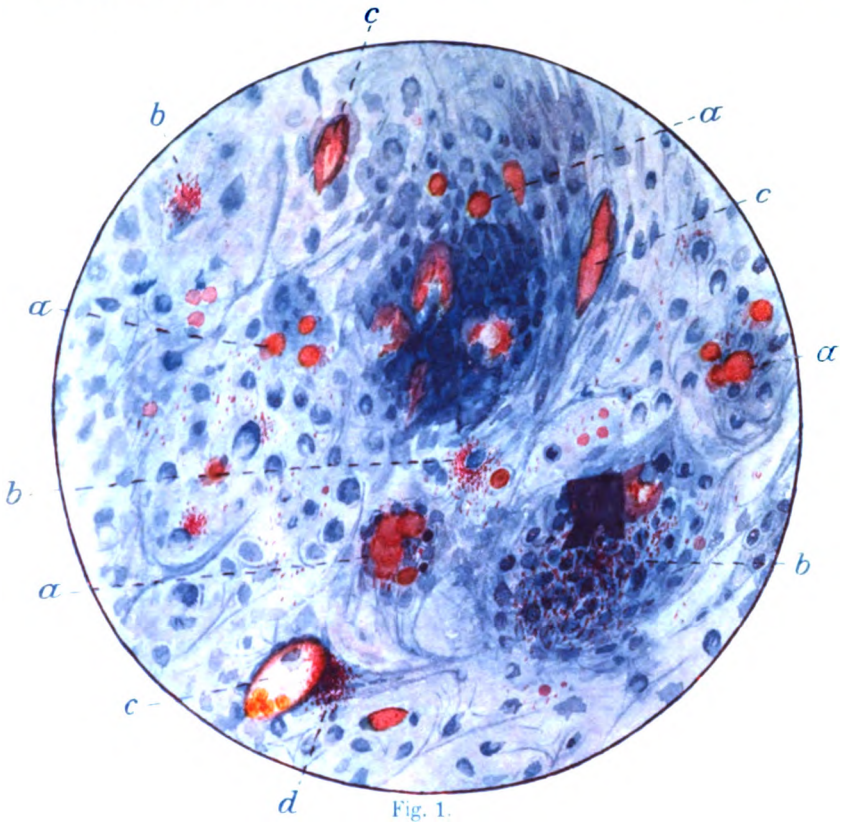


Fig. 1.

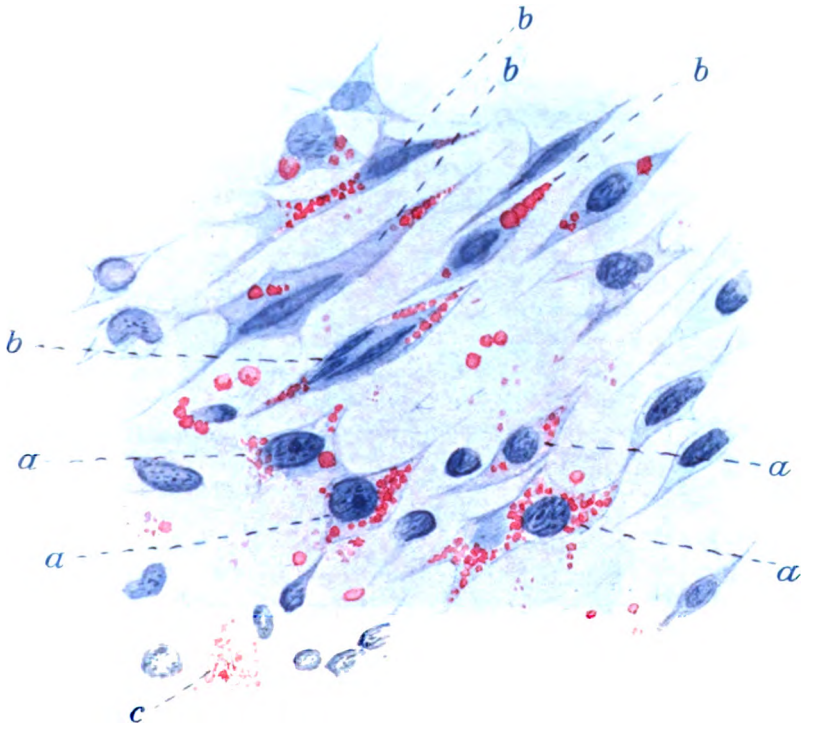


Fig. 2.

Digitized by Google

Bild erinnert Verfasser daran, daß dies bei Tuberkulose und tertiärer Hautsyphilis (speziell bei den ulzerierenden granulierenden Formen) sich so ähneln könne, daß nur daraus auf die Ätiologie zu schließen unmöglich sein kann. Einer der drei Fälle, der genau mikroskopisch untersucht wurde, war schon histologisch als Tuberkulose bezeichnet und mehrmals operiert, alles aber ohne Erfolg, während eine Neosalvarsandose von 0,45 genügte, um alles zur Heilung zu bringen. Man sollte daher in allen Fällen, wo der geringste Zweifel besteht, zuerst und vor allem durch antisyphilitische Behandlung prüfen; dadurch wird kein Schaden angerichtet. Wilh. Holland-Kristiania.

Sekundäre Syphilis und Magenveränderungen, von Hans Neugebauer-Kassa. (W. kl. W., 1914, Nr. 24.) Im sekundären Stadium der Lues kann es zu spezifischen Erkrankungen der Magenwand kommen. Diese gehen mit Veränderungen der Magensekretion einher, von welchen die Hyp- beziehentlich Anazidität die bleibende Form ist und bis zur Achylie fortschreiten kann, während die Hyperazidität seltener und vorübergehend ist. Diese Störungen werden nicht bloß durch die Gastritis luetica, sondern auch durch Veränderungen im Vagustonus, eventuell durch beide Faktoren hervorgerufen.

Vörner-Leipzig.

Die ätiologische Rolle der Syphilis bei chronischer Aortitis mit und ohne Aorteninsuffizienz und bei Nephritis, von Camille Lian und Arthur Vernes. (Presse méd., 1914, Nr. 21.) Eine Aorteninsuffizienz, der kein akuter Gelenkrheumatismus vorausgegangen war, ist fast stets syphilitischer Natur. Nichtsyphilitische Aortitiden gehen fast nie mit Aorteninsuffizienz einher. Chronische Aortitiden ohne Insuffizienz, arterielle Blutdrucksteigerung, Arteriosklerose und Nephritis sind beim Erwachsenen oft durch Syphilis bedingt. Aber an der Schwelle des Greisenalters und bei Greisen haben dieselben Erkrankungen oft eine andere Ätiologie. Richard Frühwald-Leipzig.

Über luetische Erkrankungen der Blutgefäße und des Herzens, von Julius Mahler-Baziasfürdö-Abbazia. (Orv. Ujsag, 1913, Nr. 27.) Störungen treten zur Erscheinungszeit der Ausschläge auf. Der Herzmuskel ist infolge der Intoxikation geschwächt und die mehr oder weniger ausgeprägte Bradykardie löst schon bei kleiner Bewegung rascheren Puls aus. Wenn man um diese Zeit das Herz überanstrengt, können sich auch Symptome akuter Herzerweiterung einstellen. Bedeutendere Herzstörungen können sich einfinden, wenn die feineren Gefäße des Herzens erkranken. Infolge der aus der Adventitia und Media der Gefäße ausgehenden Wucherung spezifischen Ursprungs werden die Gefäße gesperrt und die durch sie mit Blut versehenen Teile des Herzmuskels degenerieren. Arythmien können daher oft beobachtet werden, ja es kamen sogar infolge Herzlähmung auch Todesfälle vor. Nach entsprechendem antiluetischen Heilverfahren kann nichts Pathologisches mehr nachgewiesen werden. Postsyphilitische Erkrankungen gehen mit schweren Erkrankungen einher und fallen zumeist auf den Anfang der tertiären Periode. Die Aortitis luetica nimmt sozusagen immer unmittelbar über den Klappen ihren Anfang und beschränkt sich hauptsächlich auf den aufsteigenden Ast der Aorta und auf ihren Bogen, geht aber nicht auf die Bauchaorta über. Die auf Grund der Arteriosklerose entwickelte Aortitis geht auch auf die Aorta abdominalis über und die Aortitis luetica sehr oft auch auf die Aortenklappen. Wenn die Aortitis luetica die Öffnung der Koronarien zum Teil verschließt, so führt dies zur Degeneration des Herzmuskels. Die Stelle der vernichteten Herzmuskelzellen nimmt Bindegewebe ein und das Bild ähnelt der chronischen fibrösen Myokarditis. Eine Manifestation der späteren Lues ist die Gummabildung, sie kommt aber nicht häufig vor. Die luetischen Erkrankungen der Zirkulationsorgane haben eine langsame, sozusagen symptomlose Evolution. Für luetische Aortitis ist charakteristisch, daß auch im Anfangsstadium die Aorta große Neigung zur Erweiterung zeigt. Unterschiede können zwischen

Digitized by Google

dem Puls der rechten und der linken Karotis, so auch der Radialen wahrgenommen werden. Die von den Patienten erwähnten Klagen sind vollkommen identisch mit jenen, die man bei arteriosklerotischen Erkrankungen hört. Bei Aortitis, Kardiosklerose bei jüngeren Individuen muß, wenn Gicht und andere infektiöse Krankheiten ausgeschlossen werden können, WASSERMANN-Reaktion vorgenommen werden. Negativer Befund genügt nicht für luetischen Charakter. Bei der Erkrankung der Hauptschlagader, wenn sich einmal Zirkulationsstörungen, Ödeme, einstellen, ist die Prognose sehr schlecht und Verfasser behauptet auf Grund seiner 15jährigen Praxis, daß es keinen Kranken gibt, der nach Auftreten der ersten Symptome der Inkompensation länger als ein Jahr leben würde Gut ist die Prognose, wenn es in der Anfangsperiode der Aortitis luetica durch energische Behandlung den Prozeß einzustellen gelingt und so subjektive, als objektive Besserung eintritt. Verfasser beobachtete wiederholt nach einer antiluetischen Kur das Aufhören des systolischen und diastolischen Geräusches, so auch das Aufhören der Schmerzen in der Herzgegend. Myokarditis bietet eine ziemlich gute Prognose. Bei den bisher behandelten acht Fällen konnte Verfasser nur in zwei Fällen bei kombinierter Behandlung negative WASSERMANN-Reaktion erzielen. Die Resultate, was die subjektiven Klagen der Patienten betrifft, waren ziemlich günstig. Ein Aneurysma wurde kleiner, bei zwei Fällen von Aortitis luetica bildete sich die Erweiterung der Aortenbasis zurück. Systolische, so auch diastolische Geräusche waren $^3/_4$ Jahr später nicht mehr hörbar. In einem Falle hörte die Arythmia auf. Die Patienten nahmen 2—3 Wochen lang 2—3 g Quecksilberresorbineinreibungen vor, in zweiwöchigen Intervallen wurde dreimal 0.20 g Salvarsan injiziert, dann folgte wieder eine vierwöchige Inunktionskur, schließlich bekamen die Kranken einige Monate lang bei 14 tägigen Pausen Jod. Salvarsan übt auf die Herzmuskeln eine direkte Wirkung aus. Individuen mit alkohol- oder nikotingeschwächtem Herzen, bei denen die Herzuntersuchung nichts Pathologisches gezeigt hat, bekamen nach Salvarsaninjektionen Kollaps. Absolute Kontraindikation gegen Salvarsan bildet die Degeneration des Herzmuskels. Nach MARTINS bilden die Aortitis luetica, Koronarsklerosis und Myokarditis die Trias, welche die Anwendung des Salvarsans ausschließt. Viele Fälle wurden veröffentlicht, in denen bei schwerer Angina pectoris Salvarsan sich vortrefflich bewährt hat. Salvarsan wird ausgeschlossen, wenn Bradykardie, Dissoziation der Ventrikel vorhanden ist. Bei mangelhafter Tätigkeit der Nieren ist die Inunktion das einzige empfehlenswerte Verfahren, weil es bei dem ersten drohenden Symptom eingestellt werden kann. Bei Inkompensationsstörungen kann von Hg-Behandlung erst dann die Rede sein, wenn sich die Herztätigkeit bessert.

Porosz-Budapest.

Primäre Gewebsläsionen am Herzen als Wirkung der Spirochaeta pallida, von A. S. WARTHIN-Ann Arbor. (Am. J. m. sc., Mai 1914.) Nach W.s Untersuchungen an 200 Herzen, von denen 50 von Fällen von hereditärer Syphilis stammten und 150 von Individuen mit akquirierter Lues, ist das Herz dasjenige Organ, in welchem die Spirochaeta pallida sich mit besonderer Leichtigkeit festzusetzen imstande ist. Die Herzsyphilis ist nach diesen Beobachtungen entschieden häufiger vertreten als z. B. die Lebersyphilis. Zum Nachweis der Parasiten wurde die Originalmethode von LEVADITI verwendet. Die dabei als syphilitisch zu erkennenden Läsionen lassen sich einesteils als parenchymatöse, andernteils als interstitielle gruppieren. Zu der ersteren Klasse gehören solche Fälle, bei denen Spirochäten, sogar in großer Anzahl, sich eingenistet haben, ohne nachweisbare Gewebsveränderungen zu erzeugen; ferner die blasse Degeneration der Herzmuskulatur, die fettige Entartung, die einfache Atrophie und die Nekrose. Als interstitielle Prozesse werden angeführt: Ödem, interstitielle Wucherung und die Entwicklung von myxomartigen Herden. Diese letzteren präsentieren sich beim Färben

Digitized by Google

mit Hämatoxylin und Eosin als runde, durchscheinende, aus einer gelatinösen Masse bestehende Gebiete mit geringen Resten von atrophischen Muskelfasern und dürften als die Vorstufe der Gummabildung zu erklären sein. Philippi-Salzschlirf.

Hochgradiger Meteorismus bei einem Falle mit Aortitis luetica, von M. Engländer-Wien. (W. m. W., 1914, Nr. 23.) Es handelt sich um einen Patienten, welcher 16 Jahre nach der Infektion mit Lues die Zeichen einer Aortitis luetica aufweist. Einige Wochen nach Feststellung dieser Diagnose bekommt er einen stenokardieähnlichen Anfall. Die objektive durch eine Röntgenaufnahme vervollkommnete Untersuchung ergab einen hochgradigen Meteorismus durch Magen- und Darmblähung. Der Verfasser glaubt, daß das heftige Oppressionsgefühl, welches den Patienten während des Anfalles packte, durch das gleichzeitige Bestehen der Atheromatose der Aorta erklärt werden könne. Vörner-Leipzig.

Ein Fall von Arteriitis luetica der Arteria pulmonalis, von Bj. Willmann-Bergen. (Med. Revue, Mai 1914, Festschr. Klaus Hanssen.) Bei einem 51jährigen Manne mit Lues in der Anamnese und mit Symptomen von Arteriosklerose und mit einem schlecht arbeitenden Herzen wurde bei der Sektion eine stark ausgesprochene luetische Endarteriitis der Arteria pulmonalis gefunden. Makroskopisch erschien der rechte Hauptast der Arteria pulmonalis mit Tromben ausgefüllt, die bis in die peripheren Äste verfolgt werden konnten. Mikroskopisch zeigten sich die Lungengefäße der rechten Lunge ganz verändert. Die großen Gefäße waren durch Intimaverdickungen und Tromben verschlossen; eine ausgedehnte Reorganisation hatte im Inneren stattgefunden, wobei zahlreiche kleinere Gefäße neugebildet worden waren, um welche herum zum Teil reichliches elastisches Gewebe sich entwickelt hatte. Die Aorta war so gut wie frei. Wilh. Holland-Kristiania.

Über Lupus syphiliticus, von O. Heinemann-Berlin. (B. kl. W., 1914, Nr. 36.) Verfasser hat, nur durch Verabreichung von Jodkalium, einen Fall von Lupus syphiliticus diagnostisch festgestellt und zur Abheilung gebracht, der vorher sechs Jahre lang als Lupus vulgaris erfolglos behandelt worden war. Ernst Klemm-Leipzig.

Die Rolle der Lues in der Entstehung der Ohrenkrankheiten, von E. Pogány-Budapest. (Gyógyászat, 1913, Nr. 21.) Auch auf der Ohrmuschel kann selbstredend primäre Sklerose vorkommen. Die vermittelnde Ursache kann in den meisten Fällen der Kuß sein, aber sie kann auch infolge der Berührung mit anderen luetischen Gegenständen auftreten. Im sekundären Stadium kommen am äußeren Gehörgang zumeist Kondylome vor. Verfasser selbst beobachtete davon zwei Fälle. Charakteristisch für diese Leiden ist, daß sie das Bild der Otitis externa diffusa annimmt. Der äußere Gehörgang wird eng, der Tragus ist auf Druck entweder kaum oder gar nicht schmerzhaft, das Kondylom gesellte sich in Verfassers Fällen zur Ohreneiterung, weil Kondylome hauptsächlich auf nässenden und sich berührenden Flächen auftreten, so am meisten in der Umgebung des Anus. Otitis externa et media wird als Folge solcher zerfallenden Kondylome bezeichnet, sie ist aber nicht die Folge, sondern sie geht voran. Das ist auch Becks Ansicht. Neben Mittelohrkatarrh kommt auch Labyrinthitis vor. Das luetische Gewebe vereitert erst dann, wenn sich sekundäre Infektion dazugesellt. Otitis media purulenta, die bei luetischen Individuen ohne Schmerzen zur Granulationsbildung und zur Karies führt, und sich nach spezifischer Behandlung bessert oder heilt, kann mit Recht als luetische Mittelohreiterung bezeichnet werden. Im sekundären Stadium kann Lues auch Hörnervenerkrankungen hervorrufen. Verfasser berichtet dann über einen einschlägigen Fall. Porosz-Budapest.

Die Rolle der Lues bei der Entstehung von Ohrenkrankheiten, von E. Pogány-Budapest. (Gyógyászat, 1913, Nr. 22.) Im tertiären Stadium der Lues kann es

Digitized by Google

als charakteristisch bezeichnet werden, daß andere manifest luetische Symptome nicht gefunden werden können. Die Therapie kann nur geringe Erfolge erzielen, da es sich um paraluetische Erkrankungen handelt. Sehr oft zieht man hervorragenden Nutzen aus der WASSERMANN-Reaktion. Zehn positiven WASSERMANN-Reaktionen standen neun negative gegenüber und gegen 15 positive waren 41 negativ. Ein Symptom der luetischen Hörnervenerkrankungen ist nach ROOSA auch die Diplakusis. Auch Verfasser machte diesbezügliche Beobachtungen. Ein Patient, dessen WR ++ war, klagte über das rechte Ohr und doppeltes Hören. Salvarsan ist auch nach EHRLICH ein Nervengift. Deshalb empfahl er die Untersuchung des Augengrundes. Warum er nicht die Untersuchung des Hörnerven angeordnet hat, weiß Verfasser nicht. Daß aber deshalb mehr Patienten infolge des Salvarsans taub geworden, als erblindet sind, das ist sicher. Kontraindiziert ist Salvarsan, wenn der Hörnerv krank ist. Salvarsan gab auch zwei negative Resultate. 1. Ein Fall von Lues hereditaria tarda. Eine 19jährige Arbeiterin hörte Konversationssprache überhaupt nicht, nur lautes Schreien. Patientin bekam 0,6 Salvarsan. Am nächsten Morgen Besserung. Leises Gespräch hört sie auf eine Entfernung von 20—40 cm. Das Resultat war überraschend, staunenswert. Leider nur bis zum 3. Tage, als der frühere Zustand wieder eingetreten ist und dann keinerlei Besserung mehr sich einstellte. 2. Ein Mann. Affectio luetica n. acustici utriusque. Flüstersprache hört er 20 cm weit, auf beiden Ohren 0,6 Salvarsan. Am anderen Tage hörte er Flüstersprache 4 m weit. Salvarsan kann von guter Wirkung sein, wo nicht der Hörnerv selbst krank ist (Atrophie), sondern nur die Umgebung des Hörnerven luetisch verändert ist, so daß der Hörnerv unter Druck steht und eine Erkrankung zeigt (Gumma, Periostitis). Der Hörnerv wird infolge des Salvarsans vom Drucke frei und Heilung tritt ein. (Das ist die Erklärung für die HERXHEIMERsche Reaktion.)

Porosz-Budapest.

Über einige klinische Erscheinungen der hereditären Syphilis, von H. ARMSTRONG-Liverpool. (Brit. m. J., 2. Mai 1914.) Die Arbeit enthält viel interessantes kasuistisches Material. Philippi-Salzschlirf.

Zur Behandlung der hereditären Syphilis mit Neosalvarsan, von F. M. HUGHES-Gravesend. (Brit. m. J., 4. Juli 1914.) Verfasser berichtet ganz kurz über ein 13jähriges Mädchen, das wiederholt wegen hereditärer Lues behandelt worden war und zurzeit ausgedehnte Ulzerationen an beiden Unterschenkeln darbot. Es wurden drei Injektionen von Neosalvarsan mit sehr befriedigendem Erfolg gegeben.

Philippi-Salzschlirf.

Beobachtungen über die Pathologie der Syphilis, von HENRY J. NICHOLS-Washington. (J. Am. m. Assoc., 8. August 1914.) Verfasser stellt folgende Sätze auf: 1. Bei Syphilis lokalisieren sich die Spirochäten im frühen Sekundärstadium und wahrscheinlich nicht erst in späteren Stadien. 2. Alle Spirochätenstämme ohne Unterschied lokalisieren sich wahrscheinlich in bestimmten Organen. Gewisse Stämme haben wahrscheinlich eine besondere Lokalisationskraft. a) Verschiedene Stämme der Spirochaeta pallida unterscheiden sich durch pathogene Eigenschaften. b) Die Varietäten der Stämme sind nicht vorübergehende, sondern permanente. c) Ein aus dem Nervensystem isolierter Spirochätenstamm hat (nach NICHOLS Untersuchungen) eine besondere Kraft gezeigt, sich im Meerschweinchen zu generalisieren. 3. Frühe Lokalisation im Hoden ist experimentell bewiesen worden und latente Infektion kann als klinischer Vorgang nicht möglich sein. 4. Eine in einem Körperteil vorhandene syphilitische Läsion ist imstande, die Entwicklung von Läsionen an anderen Körperteilen zu verhindern.

Felix John-Leipzig.

Digitized by Google

Die Ross-Gelatineschichtmethode bei der Diagnose der Syphilis, von JOHN A. RODDY-Philadelphia. (New Jork m. J., 28. Februar 1914.) Ross hat durch ein spezielles Kulturverfahren (mit Agar, UNNAS Polychromblau, Na bicarbon.-Lösung und Wasser) sowohl im zirkulierenden Blute wie im Schankergeschwür, Drüsen, Kondylomen der Syphilitiker spezielle, von ihm Lymphocytozoon pallidum genannte Parasiten gefunden und RODDY prüfte das Verfahren an 157 Fällen nach, wovon in 15 Fällen eine klinische Diagnose nicht gegeben, in den anderen 142 Fällen eine solche vorhanden war und die WASSERMANNsche Blutuntersuchung noch außerdem ausgeführt wurde. RODDY fand die Blutuntersuchung auf die Rossschen Körperchen als keine so einfache Methode, als angegeben ward, indem es oft schwierig, ja geradezu unmöglich ist, diese Körper von Artifakten zu unterscheiden. Ebenso ist deren Bedeutung eine ziemlich verringerte, indem sie zweifellos auch bei Nichtsyphilitikern beobachtet wurden. Es dünkt RODDY sogar wahrscheinlich, daß es sich bei diesen Körperchen nicht um lebende Parasiten, sondern um durch Toxine hervorgerufene Produkte menschlichen Gewebes handelt, daß das Syphilisgift sehr häufig — häufiger als die meisten anderen Toxine — solche Veränderungen, aber manche andere Toxine auch diese Körper hervorrufen. Die wahre Natur der Rossschen Körperchen, die im Blute der meisten Syphilitiker und weniger häufig im Blute von an anderen Krankheiten Leidenden vorkommen, ist noch nicht genau festgestellt, ebensowenig, ob sie nicht auch bei normalen Personen vorkommen. RODDY ist überzeugt, daß die Ross-Probe der WASSERMANNschen bei der Diagnose der primären und tertiären Syphilis nicht gleichkommt, daß aber vielleicht beim Primäraffekt die Untersuchung auf Rosssche Körperschen gleichzeitig mit jener auf Spirochäten ein schätzbares Hilfsmittel zur Differenzierung von hartem und weichem Schanker sein kann. Eine Anzahl von Tabellen geben die Übersicht über die Fälle, wo Ross- und WASSERMANN-Methode übereinstimmten und wo sie verschiedene Resultate gaben. SHILLING, ELLIS und andere, welche sich gegenwärtig mit diesen Rossschen Körperchen ebenfalls beschäftigen, werden wohl dazu gelangen, die wahre Natur des sogenannten Lymphocytozoon pallidum zu erforschen; inzwischen bleibt es am besten bei obiger Bezeichnung, wie RODDY schließlich meint. Stern-München.

Auf die Syphilisdiagnose bezügliches Laboratorienverfahren, von B. VAS-Budapest. (Bör-es Bujakórtan, Beiblatt der Orv. Ujsag, 1913, Nr. 2.) Zusammenfassung des im Herbst abgehaltenen Fortbildungskurses. Porosz-Budapest.

Die Serodiagnostik der Lues, von BEST-Rostock. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 30.) Verfasser bespricht zunächst die bei der WASSERMANNschen Serodiagnostik gebräuchlichen Begriffe wie Antigen, Ambozeptor, Komplement, spezifische Hämolyse, Komplementablenkung usw. und erklärt kurz das Verfahren. Ferner hebt Verfasser als eine große Vereinfachung für die Praxis hervor, daß man als Antigen nicht luetisches Leberextrakt, sondern nur irgend ein menschliches oder tierisches normales Organextrakt zu verwenden braucht. Zum Schluß erwähnt Verfasser noch ein nach v. DUNGERN angegebenes Syphilisdiagnostikum, von der Firma Merk hergestellt, welches gestattet, die Reaktion ohne besondere Vorkenntnisse und ohne Laboratoriumseinrichtung anzustellen, das bisher zuverlässige Resultate ergeben haben soll.

Dr. Franzius-Dresden.

Die Serodiagnose der Syphilis, von HIDEYO NOGUCHI. (Monograph. Cliniques, Nr. 77.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Frage des Entstehens der Reaktionsprodukte bei der Serodiagnostik auf Lues, von A. v. WASSERMANN und C. LANGE. (B. kl. W., 1914, Nr. 11.) Auf Grund von 21 Untersuchungen, die in einer Tabelle näher erläutert sind, kommen die Ver-

Digitized by Google

fasser zu dem Schlusse, daß die Quelle für die Wassermannsche Reaktion im Liquor die Lymphozyten sind, daß diese Lymphozyten einen spezifischen Anteil in sich haben müssen, indem Lymphozyten von anderen als nichtsyphilitischen Kranken nicht imstande sind, Substanzen frei werden zu lassen, welche eine Wassermannsche Reaktion geben.

Georg Heymann-Elbing.

Fällungsreaktionen bei Syphilis, von Peter K. Olitsky und Miriam P. Olmstead-New York. (J. Am. m. Assoc., 24. Januar 1914.) Besprechung der verschiedenen Fällungsreaktionen, die das Serum bei Syphilis gibt. Im besonderen haben die Verfasser die Fällungsreaktion von Hermann und Perutz nachgeprüft und haben diese Untersuchung bei 175 Serien 259 mal angestellt. Als positive Reaktion kann hierbei nur eine stärke Fällung betrachtet werden. Die Diagnose der Syphilis ist aber auch dann noch nicht angängig, sondern muß noch durch die Wassermann-Reaktion bekräftigt werden.

Fendt-Wiesbaden.

Über den Einfluß bakterieller Infektionen des Blutserums auf den Ausfall der Komplementbindungsreaktion, von Donges-Rostock. (Zschr. f. Hyg., 1913, Bd. 75, H. 3, S. 424.) Ein zur Untersuchung auf Lues (Wassermannsche Reaktion) eingesandtes Serum, dessen Originaluntersuchung vollkommen negativ ausgefallen war, ergab nach sechs Wochen bei zufälliger Verwendung als negatives Kontrollserum eine schwach positive Reaktion, i. e. die komplette Hämolyse blieb aus. Äußerlich war irgend eine Veränderung des Serums nicht festzustellen, mikroskopisch und kulturell ließ sich eine zufällige Infektion mit Saprophyten nachweisen. Da ein ursächlicher Zusammenhang zwischen positiver Reaktion und saprophytärer Infektion des Serums nahe lag, untersuchte D. eine Reihe unter ähnlichen Bedingungen gehaltener sowie auch künstlich infizierter Sera und kommt zu dem Ergebnis, daß 1. die zufällige wie die experimentelle Infektion normaler Sera mit kleinen Bakterienmengen bei kürzerer Einwirkungszeit ohne Einfluß auf das Verhalten der Sera bei der Komplementbindungsreaktion ist, 2. es durch Infektion mit reichlichen Bakterienmengen gelingt, normale Sera so zu verändern, daß bei der Komplementbindungsreaktion die Hämolyse ausbleibt und die Sera Eigenbindung zeigen (diese Veränderungen der Sera brauchen äußerlich nicht erkennbar zu sein als Trübung, Verfärbung, Häutchenbildung, Geruch), 3. bei diesen bakteriellen Infektionen der Sera, außer der Menge der Bakterien, deren Einwirkungszeit und die Temperatur, unter denen die infizierten Sera gehalten werden, von maßgebendem Einfluß auf den Ausfall der Komplementbindungsreaktion sind.

Oskar Gans-Hamburg.

Aktivitätsveränderungen und entsprechende Aviditätsschwankungen des luetischen Virus gegenüber antisyphilitischen Mitteln, von W. Buettner-Riga. (W. kl. W., 1913, Nr. 34.) Verfasser legt in sehr interessanter Weise dar, daß zwischen Aktivität des Virus und Avidität desselben zu antisyphilitischen Mitteln ein gewisser Parallelismus erweisbar ist. Die eingeleitete Therapie kann Aktivität sowohl wie Avidität steigern, kann aber auch unparallele Wirkungen hervorrufen, die für manche bekannten, unangenehmen Konsequenzen der Therapie die Erklärung abgeben würden. Die sehr interessanten Ausführungen mit den daraus gezogenen Schlußfolgerungen für unser therapeutisches Handeln eignen sich nicht zum kurzen Referat und sollten im Original gelesen werden.

W. Lehmann-Stettin.

Wert und Methodik der Bestimmung des luetischen Index (Σ-I), von B. P. Sormani-Amsterdam. (M. m. W., 1914, Nr. 2.) Verfasser vindiziert seiner Modifikation der Wassermannschen Reaktion eine Reihe von wichtigen Vorzügen und schildert ausführlich alle die einzelnen technischen Vorschriften. Es muß betreffs derselben auf das Original verwiesen werden.

Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Der diagnostische Wert der Präzipitine bei Lues, von C. Russo-Rom. (Riv. ospedal., 1914, Nr. 4.) Die Präzipitin-Methode hat bei der Luesdiagnose einen sehr fraglichen Wert. K. Rühl-Turin.

Serologische und klinische Untersuchungen der Syphilitikerfamilien, von Wilhelm Raven-Hamburg. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 51, H. 3/6.) Welche Gefahren hat die Syphilis eines Gatten für den anderen Gatten und für die Nachkommen? Beruhen die im Gefolge einer Syphilis auftretenden Nervenkrankheiten auf einer bestimmten Disposition, einer verminderten Widerstandsfähigkeit der erkrankten Personen, oder auf einer besonderen Qualität der Spirochäten, d. h. gibt es eine Syphilis nervosa? Zur Beantwortung dieser Fragen stand dem Verfasser das seit langen Jahren gesammelte Material der Nonneschen Abteilung zur Verfügung. Dasselbe teilte sich naturgemäß in drei Beobachtungsperioden: und zwar zunächst das noch vor Einführung der WR im Blute von Suntheim bearbeitete Material über die Familien von Tabikern und Paralytikern; dann das weitere von 43 Familien mit syphilogenen Nervenkrankheiten, unter Berücksichtigung der WR von Hauptmann bis 1911 bearbeitete; und endlich das eigene Material des Verfassers von 117 Fällen, welche er mit ihren Krankengeschichten und den daraus gewonnenen Folgerungen in der vorliegenden, umfangreichen Arbeit mitteilt. Vor dem Bericht über die eigenen Fälle gibt Raven aus der fleißig zusammengestellten Literatur einige ganz besonders markante Zahlen, z. B. von Marie Kaufmann-Wolff, welche in einer Statistik von 91 syphilogen nervenkranker Frauen — meist Paralytikerinnen — als Resultat von 66 Graviditäten nur 2 gesunde Kinder fand. Ebenso sind die Zahlen interesssant, die Spillmann und Perrin mitteilen; dieselben betreffen erstens die Sterilität der Paralytiker- und Tabikerehen im Verhältnis zu den Ehen Tuberkulöser und Gesunder, und zweitens die Zahl der Graviditäten mit Aborten und Totgeburten, und drittens das Zahlenverhältnis von kranken und gesunden Kindern in solchen Ehen. Diese Verfasser rechnen einen Prozentsatz gesunder Kinder aus: bei Paralytikerehen 48%, bei Tabikerehen 40%, bei Ehen Tuberkulöser 60%, bei Gesunden 70%. Für die weiteren aus der Literatur mitgeteilten Details sei auf das Original verwiesen. Das eigene Material des Verfassers rekrutiert sich zum größten Teil aus kleinbürgerlichen und nur wenig Arbeiterfamilien. Raven gruppiert, dem Beispiele Hauptmanns folgend, seine 117 Familien in folgende 4 Gruppen: Erstens schaltet er 27 Familien = 23% des Materials aus, weil bei diesen die Lues auf die primär-infizierte Person beschränkt geblieben war, während sämtliche Angehörige völlig, d. h. somatisch, psychisch und serologisch gesund geblieben waren. Die anderen 90 Fälle bilden 4 Gruppen mit Untergruppen, und zwar: I. Beide Gatten: organisches syphilogenes Nervenleiden, Kinder a) normal 15, b) pathologisch 12 Familien = 27 Familien. II. Ein Gatte organisches syphilogenes Nervenleiden, der andere gesund (WR im Blut 0), Kinder: pathologisch 24 Familien. III. Ein Gatte organisch syphilogenes Nervenleiden (der andere WR im Blut +), Kinder: a) normal 18 Familien, b) pathologisch 13 Familien = 31 Familien. IV. Eltern sichere Syphilis, resp. WR im Blute +, eventuell bei einem Gatten WR im Blute 0. Kinder pathologisch. 8 Familien.

Dieser Gruppierung gemäß bringt der Verfasser von 90 Familien Krankengeschichten und schaltet hinter jeder Gruppe seine Betrachtungen, die hier nur in größter Kürze wiedergegeben werden können, ein. Es fällt besonders auf bei Gruppe I 1. die fast stets ungenügende — oft einmalige, oft ganz fehlende — Behandlung des zuerst infizierten Gatten; es versprechen sich doch die meisten Verfasser von gründlicher, rechtzeitiger Behandlung speziell auch auf die Erkrankung des Nervensystems in späterer Zeit gute Erfolge (vgl. Mattauschek und Pilcz), und 2. der milde, oft latente Verlauf der Erkrankung des zu zweit infizierten Gatten. Bei Gruppe II, daß von 24 Familien 16 mal

Digitized by Google

der primär-infizierte Gatte der syphilogen nervenleidende war, und nur einmal der Verlauf umgekehrt. Bei Gruppe III bleibt der sekundär-infizierte Gatte relativ selten frei von syphilitischen Manifestationen. HAUPTMANN meint, daß das Virus bei seiner Passage durch das Nervensystem sehr viel an Virulenz einbüße, und beim Übertragen auf einen anderen Organismus keine hervorstehenden Symptome hervorriefe. Auch war bei dieser Gruppe, soweit es eruierbar ist, stets der Mann der infizierende Teil gewesen. Bei Gruppe IV, in der die Syphilis nur anamnestisch oder durch positive WASSERMANNsche Reaktion nachgewiesen werden konnte und die Eltern gesund schienen, zeigt sich die nummerisch größte Schädigung an den Kindern; denn in dieser Gruppe von 8 Familien waren bei 34 Graviditäten 12 Aborte und 4 Todesfälle im ersten Lebensjahre; von den übrigen 18 war ein Kind vor der Infektion geboren, 5 konnten nicht untersucht werden und von den 12 anderen war eins gesund und 11 pathologisch.

In der Schlußzusammenfassung finden sich folgende interessante Zahlen: Von 65 Familien, von denen die Verhältnisse bekannt waren, war 52 mal der primär-infizierte Gatte später syphilogen nervenleidend, 13 mal war er gesund, dagegen der sekundär-infizierte Gatte nervenleidend; nur in 8 Fällen war die Lues bei dem sekundär-infizierten manifest. Was die Verhältnisse bei den Kindern anlangt, so waren bei Gruppe I 11,11% normale, 17,46% pathologische Kinder. Bei Gruppe II 10,17% normal, 16.94% pathologisch, bei Gruppe III 2.94% normal, 32,35% pathologisch, bei Gruppe IV 12,5% normal, 46,66% pathologisch, d. h., daß die Schädigung der am Leben bleibenden Kinder syphilitischer Eltern desto geringer ist, je schwerer die Eltern erkrankt sind. Und umgekehrt weisen die Ehen, wo ein Gatte (im RAVENschen Material meist die Frau) anscheinend gesund geblieben ist, den größten Prozentsatz geschädigter Kinder auf. Auch hier hebt der Verfasser hervor, daß die Syphilis bei den Kindern desto geringere Verheerungen anzurichten scheint, je intensiver die Passage des Giftes durch das Nervensystem der Eltern gewesen ist. Von den Kindern kranker Väter blieb etwa $^1/_2$, von den Kindern kranker Mütter etwa $^1/_4$ am Leben, und davon bei kranken Vätern $^1/_3$, bei kranken Müttern nur $^1/_5$ gesund, woraus dem Verfasser zur Evidenz hervorzugehen scheint, daß die Erkrankung der Mütter eine weit größere Gefährdung für die Nachkommenschaft bedeutet als die der Väter, die nach der Infektion zuerst geborenen Kinder sind am meisten gefährdet. Die Frist, die zwischen der Infektion des primärinfizierten Elternteils und der Geburt eines noch mit Zeichen von Syphilis geborenen Kindes verstreichen kann, ist oft mehr als ein Dezennium. Von 117 untersuchten Syphilitikerfamilien waren 77% in Mitleidenschaft gezogen. Gleichartige Erkrankungen beider Gatten wurden sehr selten beobachtet. Lasch-Breslau.

Weitere Mitteilungen über Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung, von P. UHLENHUTH und P. MULZER. (B. kl. W., 1913, Nr. 44.) Bei sicher latenter Syphilis konnte bisher in keinem Falle eine Infektiosität des Blutes durch Hodenimpfung bei Kaninchen festgestellt werden. Positive Impfresultate mit Blut von Kranken, die tertiärsyphilitische Manifestationen aufweisen, sind mit Sicherheit beobachtet, aber sehr selten. Die Verimpfung des Blutes von Kranken, die irgend welche Symptome einer tardiv-hereditären Syphilis aufweisen, ergab bisher stets ein völlig negatives Resultat, ebenso einige Speichel- und Urinverimpfungen rezent Syphilitischer mit manifesten Symptomen, dagegen fiel positiv wieder aus ein Fall von Spermaverimpfung bei primärer Syphilis und von Milch einer symptomenlosen Mutter eines schwer kongenital-syphilitischen, acht Tage alten Kindes. Spinalflüssigkeit bei frischer Syphilis ergab positive Resultate, Blut- und Spinalflüssigkeit bei Tabikern und Paralytikern bisher in allen Fällen negative. In einem Falle wurde durch Verimpfung von Hirnbrei eines frischen Paralytikers im Kaninchenexperiment ein spirochätenhaltiges Hodensyphilom erzeugt. Die Versuche er-

Digitized by Google

gaben von neuem, daß Kaninchen für die experimentelle Syphilisforschung weit geeigneter sind als Affen. Georg Heymann-Elbing.

Experimentelle Syphilis des Zentralnervensystems, von Weygandt und Jacob-Hamburg. (Zschr. f. Nervhlk., 1913, Bd. 50, H. 1—4.) Die Verfasser besprechen zunächst drei Wege, die für die experimentelle Forschung offenstehen. 1. Die Untersuchung von syphilitisch gemachten Tieren, 2. die Einführung des Virus direkt in das Zentralnervensystem, z. B. in den Lumbalsack oder subdural in die Hirnsubstanz, in die Ventrikel, 3. es kann eine Sensibilisierung der Versuchstiere durch wiederholte Infektion oder durch Beeinflussung insbesondere des Zentralnervensystems mittels anderer Schädlichkeiten vorgenommen werden. Ferner haben die Verfasser eine große Versuchsreihe angelegt, um bei den in das Hirn geimpften Kaninchen das Schicksal der Spirochäten in bestimmten Zeiträumen (Stunden, Tagen, Wochen, Monaten) verfolgen zu können. Die Ergebnisse in bezug auf klinische Erscheinungen waren bisher gering; für die histologischen muß auf das Original verwiesen werden. Im letzten, besonders interessanten Teile der Arbeit besprechen die Verfasser, wieweit ihre Ergebnisse zur Klärung der Frage des Virus nerveux verwertet werden können. Lasch-Breslau.

Mitteilungen über experimentelle Syphilis des Nervensystems, von A. Jakob und W. Weygandt-Hamburg-Friedrichsberg. (M. m. W., 1913, Nr. 37.) Die Experimente wurden teils an Kaninchen, teils an Affen ausgeführt, doch beziehen sich die histologischen Untersuchungen dieser Serie nur auf erstere, weil die Affen der weiteren Beobachtung wegen leben gelassen wurden. Die Impfung geschah auf verschiedene Weisen: durch Einbringen von syphilitischem Material in den Hoden, durch intravenöse Einführung einer Spirochätenemulsion, durch Einbringen derselben nach Trepanation in die Hirnrinde usw. Aus den (durch mehrere Abbildungen erläuterten) Befunden ergab sich im allgemeinen eine Bestätigung der von Steiner mitgeteilten Resultate; außerdem fielen aber im Nervensystem, sowohl im zentralen wie im peripheren, ganz charakteristische herdförmige Störungen auf. Es sind dies teils Granulationsherde mit großen Mengen von Plasmazellen in Form von Tumoren, teils mehr zerstreute Ansammlungen von Plasmazellen in der Umgebung von stark infiltrierten Gefäßen, die zu schweren degenerativen und proliferativen Vorgängen im benachbarten nervösen Gewebe geführt haben. Im allgemeinen zeigte sich auch bei diesen Experimenten die Tiersyphilis als eine Seuche, welche zur Generalisierung neigt, dabei aber mit Vorliebe und frühzeitig das Nervensystem, sowohl das periphere wie das zentrale, befällt. Dabei werden vorwiegend die mesodermalen Hüllen und die Gefäße infiltrativ, namentlich von Lymphozyten, Plasmazellen und Polyblasten befallen. Philippi-Salzschlirf.

Über die Beziehung der experimentell erzeugten Tiersyphilis zur menschlichen Lues, von A. Buschke-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 37.) Auf Grund zweier Beobachtungen von auf Menschen übertragener Tiersyphilis (Affen und Kaninchen) sprach Metschnikoff die Hoffnung aus, eventuell durch Tierpassage ein antiluetisches Vakzin für den Menschen zu erhalten. Verfasser teilt nun einen Fall mit, auf Grund dessen es ihm sehr zweifelhaft erscheint, ob die Hoffnung Metschnikoffs berechtigt sein könne. Ein vollkommen gesunder Angestellter in einem Laboratorium hatte sich bei einem Experiment mit syphilishaltigem Kaninchenhodenmarterial durch Nadelstich verletzt. Das betreffende Kaninchenkontagium hatte bereits eine Anzahl Kaninchenpassagen durchgemacht. Bald darauf bekam er eine ausgeprägte Lues, ausgehend von dem Stichkanal, die sich klinisch in nichts von der menschlichen Syphilis unterschied. Hierdurch ist zum erstenmal der Beweis erbracht, daß die Kaninchensyphilis identisch mit der menschlichen Syphilis ist, auch braucht, wie ja durch den vorliegenden Fall erwiesen, das

Digitized by Google

Syphiliskontagium trotz mehrfacher Tierpassagen seine volle Virulenz für den Menschen nicht einzubüßen. Fischer-Dresden.

Experimentelle Syphilis der Affen, von J. Nicolas, M. Favre und J. Gaté. (Lyon méd., 1914, Nr. 12.) Demonstration eines infizierten Tieres und allgemeine Besprechung des Themas. Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilitische Aortenveränderungen bei Affen, von P. Boveri. (Riforma med., 1913, Nr. 23.) Der Verfasser teilt mit, daß er ungefähr 20 Aorten von syphilitischen Affen, von denen einige jahrelang syphilitisch waren, untersuchen konnte, und niemals die geringste atheromatöse Veränderung fand. Hingegen gelang es ihm Atherom der Aorta beim Affen durch Adrenalin- und Tabakvergiftung hervorzurufen. Er glaubt, daß die Syphilis erst auf dem Umwege Gefäßsklerose unter Mitwirkung anderer Ursachen Atherom produzieren kann. A. Gunsett-Straßburg.

Die Übertragung der intrazellulären Parasiten der Kaninchensyphilis auf Affen, von E. H. Ross-London. (Brit. m. J., 13. Juni 1914.) Verfasser hat bei früherer Gelegenheit über Untersuchungen an Fällen der auf natürlichem Wege entstehenden, sogenannten Kaninchensyphilis berichtet. Er fand dabei intrazelluläre Parasiten und auch Mikroorganismen, welche mit der Spirochaeta pallida übereinstimmten. Er teilt jetzt mit, daß es gelungen ist, diese Parasiten auch auf Affen zu übertragen. Die intrazellulären Gebilde stellen seiner Auffassung nach ein Entwickelungsstadium der Spirochäten dar. Philippi-Salzschlirf.

Zufällige syphilitische Infektion des Menschen mit Kaninchenvirus, von P. Danila und A. Stroe. (Semaine méd., 1914, S. 310.) Ein Laboratoriumsdiener verletzte sich am kleinen Finger mit einer Pasteurschen Pipette, mit der die Emulsion eines Kaninchenhodensyphiloms 16. Passage verimpft worden war. Die Wunde wurde ausgeblutet und mit Sublimat gewaschen; trotzdem entwickelte sich nach der gewöhnlichen Inkubationszeit in der Tiefe des Gewebes an der Infektionsstelle eine spezifische Läsion, die von Drüsenschwellung, Roseola und Papeln gefolgt war. Das Reizsekret von Papeln enthielt zahlreiche Spirochäten und wurde mit Erfolg auf Kaninchen übertragen. Richard Frühwald-Leipzig.

Experimentelle Kaninchensyphilis. Ein Beitrag zur Generalisation des Virus, von L. Arzt und W. Kerl-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 39.) Die wenigen Allgemeininfektionen, die bisher beim Kaninchen beobachtet wurden, sind fast nur erreicht worden bei Verwendung tierischen Materials meist höherer hochvirulenter Passagen. Dagegen ist es den Verfassern mit menschlichem Luesmaterial gelungen, in einzelnen Fällen nach subkutaner Impfung eine Generalisierung zu erreichen. Die Verfasser beschreiben die Fälle genauer und belegen dieselben durch kolorierte Abbildungen. W. Lehmann-Stettin.

Über experimentelle Kaninchensyphilis und ihre praktische Bedeutung, von L. Arzt und W. Kerl. (W. kl. W., 1914, Nr. 23.) Mit Hilfe von Verimpfungen von Blut, welches frisch infizierten Individuen entnommen war, auf Kaninchenhoden, gelang es festzustellen, daß bereits 14—23 Tage nach dem infizierenden Koitus Spirochäten im Blute zirkulieren. Bei Verimpfung von Milch von luetischen Wöchnerinnen konnte ebenfalls ein positives Ergebnis erzielt warden, während die Prüfung des Urins ohne Erfolg blieb. Die elf Luetikern entnommene Lumbalflüssigkeit ließ sich nur zweimal positiv überimpfen, sechs Paralytiker ergaben zwei und drei Tabiker ebensoviel positive Resultate. Eine Genitalpassage von Spirochäten, aus einer Sklerose stammend, konnte in der dritten und eine solche aus dem Lumbalpunktat eines Paralytikers in der zweiten Generation gewonnen werden. Bei der Sektion eines Kaninchens fanden sich hochgradige Veränderungen im Verlauf der ganzen Aorta pulmonalis, welche als Atheroma-

Digitized by Google

tose gedeutet werden. Zum Schluß berichten die Verfasser, daß die Versuchskaninchen gelegentlich an einer wahrscheinlich genuinen Spirillose leiden, welche nicht nur eine der Pallida ganz ähnliche Form aufweist, sondern auch zur Entwicklung von papulösen Elementen, namentlich am Genitale und am After, führt. Vörner-Leipzig.

Über Veränderungen im Antikörpergehalt der Kaninchensera, von R. Ledermann und Ernst Herzfeld-Berlin. (Zschr. f. klin. M., Bd. 78, H. 1 und 2.) Verfasser bestätigen für Kaninchen und auch für Hunde die Befunde von Citron, Munk und Blumenthal, nach welchen die Injektion von wässerigem Extrakt aus luetischer Fötalleber beim Kaninchen die Bildung von Antikörpern anregt, die in vitro mit alkoholischem Extrakt aus normalem Meerschweinchenherzen Komplementbindung geben. Desgleichen bestätigen sie die Angaben Halberstaedters, daß das Serum der meisten normalen Kaninchen, im inaktiven Zustand untersucht, eine positive WR gibt, während sie desselben Verfasser Angabe, betreffend die fast immer negative, aber niemals positive WR des frischen, aktiven Serums normaler Kaninchen nicht unterstützen können. Sie stellten ferner fest, daß der Antikörpergehalt beim normalen, unbehandelten Kaninchen überhaupt kein konstanter ist, sondern in weiten Grenzen wechseln kann, so daß negative Sera vorübergehend oder dauernd positiv werden und umgekehrt.

Oskar Gans-Hamburg.

Spät auftretendes Syphilom des Hodens beim Kaninchen, von M. Truffi-Savona. (Pathologica, 1914, Nr. 125.) Ein Kaninchen wurde im Juli 1910 mit Übergangsvirus auf beiden Seiten des Skrotums geimpft; nach 18 Tagen kamen zwei typische Sklerosen zum Vorschein, die am 18. Oktober desselben Jahres vernarbt waren. In dieser Zeit hatte sich ein Knoten im rechten Hoden entwickelt; der Hoden wurde exstirpiert; im Knoten waren zahlreiche Spirochäten nachweisbar. Am 10. Oktober 1913, also nach mehr als drei Jahren, fand man eine Induration im linken Hoden; dieser wurde nach einem Monat exstirpiert; der an Spirochäten reiche Knoten erwies bei der mikroskopischen Untersuchung die gewöhnlichen Charaktere der Orchitis syphilitica der Kaninchen. Ein weiteres Kaninchen wurde im Dezember 1911 an beiden Seiten des Skrotums mit spirochätenreicher Primärsklerose eines Mannes geimpft; nach einem Monat entwickelte sich ein Syphilom an der rechten und nach zwei Monaten ein solches an der linken Seite. Beide Prozesse verheilten. Ende 1913 wiesen beide Hoden eine Infiltration auf, und man beobachtete ferner eine parenchymatöse Keratitis. In der Hoden- und in der Hornhautläsion waren zahlreiche Spirochäten nachweisbar.

K. Rühl-Turin.

Einige Versuche über die Wirkung der Antimonsalze auf die Kaninchensyphilis, von Paul Dubois-Brüssel. (Zschr. f. Chemother., 1913, Bd. 1.) Die experimentellen Versuche mit Tartarus stibiatus kalin., Tartar. stibiat. natr. und Stibium anilinum tartaricum haben folgendes Ergebnis: Durch toxische Dosen, tödliche Dosis gleich 0,015 g pro Kilo, werden die Spirochäten so vermindert, daß sie nicht mehr zu entdecken sind, und zwar zwölf Stunden nach der Injektion. Nach dem Exitus des Tieres etwa 14—48 Stunden nach der Injektion sind noch einige unbewegliche Spirochäten in dem Schankersaft zu finden; bei einer Dosis von 0,01 g Tartarus stibiat. wiederholt nach 24 Stunden sind nach dem Tode keine lebenden Pallidae zu entdecken, aber die Levaditi-Färbung bleibt positiv. Bei der größten noch gut vertragenen Dosis ist es möglich, mit 0,01 g in dreitägigen Zwischenräumen viermal wiederholt die Spirochäten zur Immobilisation und zum Verschwinden zu bringen. Eine toxische Dosis 0,017 pro Kilo des Stibium anilinum tartaricum beeinflußt die Beweglichkeit der Spirochäten, aber der Schanker bleibt ansteckend. Mit Tartarus stib. natronatum waren bei toxischen Dosen dieselben Resultate erzielt wie bei Stib. anil. tartar. Kleine Dosen bleiben ohne Ein-

Digitized by Google

fluß, auch größere Dosen führten weder zur Rückbildung des Schankers, noch zur Vernichtung der Spirochäten. Chrzelitzer-Posen.

Moderne Syphilisforschung und Neuropathologie. Mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Histologie des Zentralnervensystems syphilitischer Kaninchen, von G. Steiner-Straßburg. (Arch. f. Psychiat., 1913, Bd. 52, H. 1.) Diese mit enormem Fleiße ausgeführte Arbeit, die allein ein Literaturverzeichnis von zehn Seiten Umfang hat, ist viel zu speziell histologisch, um in einem kurzen Referate besprochen werden zu können. Lasch-Breslau.

Zur Erzeugung und Histopathologie der experimentellen Syphilis des Zentralnervensystems beim Kaninchen, von G. Steiner-Straßburg. (Zbl. f. Neurol., 1914, Bd. 33, H. 9.) Die Verhältnisse, die durch wiederholte intravenöse Injektionen von Spirochätenaufschwemmungen bei Kaninchen geschaffen werden, scheinen dem Verfasser am ehesten denen bei der Infektion des Menschen zu gleichen; in beiden Fällen findet eine Spirochätenüberschwemmung des ganzen Körpers auf hämatogenem Wege statt und zwar wiederholt — beim Menschen besonders in der zweiten Periode —, und es kommt zu Angriffen der Spirochäten auf das Zentralnervensystem, das allerdings sehr verschieden auf dieselben reagiert. Ob das die Folge der Differenz der Spirochätenstämme ist oder in der wechselnden Disposition des Befallenen liegt, läßt der Verfasser unentschieden. Sicher scheint eine syphilitische Infektion des Zentralnervensystems zustande kommen zu können, ohne daß deutliche äußere Manifestationen trotz der durch Reaktionen nachweisbaren Liquorveränderungen zutage treten, ja daß auch diese letzteren — wenn auch selten — fehlen können; sie trotzen oft lange jeder Therapie. Diese Verschiedenheit des Verhaltens des Liquors bei Sekundärsyphilitikern glaubt Steiner nicht durch eine Verschiedenheit der Spirochätenstämme erklären zu können, sondern er glaubt an eine besondere Abwehrreaktion des Zentralnervensystems gegen die Spirochäten im Liquor, welche in vielen Fällen mit krankhaften Veränderungen reagiert, in andern nicht. Um für dieses dispositionelle Moment eine gewisse Anologie im Tierexperiment zu finden, suchte sich Steiner für seine Untersuchungen Albinotiere unter den Kaninchen aus, weil er glaubte, daß das Zentralnervensystem derselben leichter für eine syphilitische Infektion zugänglich sei. Er hat nun bei sechs Albinos mehrmalig intravenöse Einimpfungen von Spirochätenemulsionen vorgenommen, hat aber vorläufig nur zwei getötet; diese beiden zeigten ganz gleichwertige Befunde am Zentralnervensystem. Die Tiere waren am 19. Juni mit 10 ccm Spirochätenemulsion von demselben Kanichen das erstemal, am 16. Juli das zweitemal intravenös mit je 10 ccm einer Kaninchenhodenemulsion intratestikular geimpft, zeigten beide am 13. Aug. das erste eine beiderseits beginnende diffuse, das zweite eine einseitige (links) zirkumskripte Orchitis, die bei beiden Tieren am 3. Sept. doppelseitig sehr ausgebildet war. Das eine Tier wurde am 8. Sept. getötet, das andere bekam in September nochmals eine intravenöse Impfung und wurde am 11. Okt. getötet. Die Befunde, die wie erwähnt, fast vollständig gleich waren, schildert Steiner ausführlich und beweist durch sehr schöne Abbildungen die für die zerebrale Lues charakteristischen Veränderungen; er vergleicht sie mit dem Befunden Vanzettis. Dieser hatte steril entnommene Stückchen von experimentell erzeugten Kaninchenhodensyphilomen unter die Dura mater von Kaninchen gebracht; die dadurch hervorgerufene lymphozytäre Infiltration der Dura mater, an der fast nur die in der Nähe der implantierten Syphilomstücke gelegenen Partien der Dura beteiligt waren, und die zellige Infiltration der in die Hirnrinde eindringenden Gefäße, faßt Vanzetti als Symptome einer syphilitischen Infektion des Gehirns auf. Steiner hingegen glaubt nicht an die syphilitische Natur dieser Veränderungen, weil keine Latenzperiode zwischen Impfung und Ausbruch der Erscheinungen gewesen sei und das eingeimpfte Stück genüge, um Veränderungen wie

Digitized by Google

die von Vanzetti beschriebenen auszulösen. Noguchi hat den Weg eingeschlagen, das Zentralnervensystem der Kaninchen erst durch in Monaten mehrfach wiederholte intravenöse Infektionen der lebenden oder getöteten Pallida zu sensibilisieren und dann ein kleines an Pallida sehr reiches Stück subdural einzufügen, oder auch Spirochätenhodenemulsionen direkt in die Hirnsubstanz zu injizieren. Zwei Monate nach der Impfung blieben die Tiere anscheinend gesund, dann traten Spasmen der hinteren Extremitäten auf, bis nach fünf Monaten der normale hüpfende Gang der Tiere unmöglich und die Tiere stuporös wurden. Seine interessanten histopathologischen Befunde waren bei den 12 sensibilisierten Tieren derartig different, daß man schwer eine sichere ursächliche Beziehung zur Syphilis annehmen konnte. Die Bilder, die Noguchi seiner Abhandlung beifügt, zeigen nichts Neues gegenüber denen vom Verfasser, sowie den von Jacob und Weigandt geschilderten, so daß Steiner in der Sensibilisierung der Tiere keinen weiteren Fortschritt für die experimentelle Erzeugung der Syphilis im Zentralnervensystem von Kaninchen finden kann. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat nachstehendes **Merkblatt für Soldaten** herausgegeben:

Jeder Soldat hat die heilige Pflicht, sich für sein Vaterland gesund zu halten, doppelt und dreifach in Kriegszeiten, wo an seine Leistungsfähigkeit die größten Anforderungen gestellt werden. Durch nichts wird Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Soldaten so geschädigt als durch die Geschlechtskrankheiten: Syphilis und Tripper. Sie verursachen nicht nur große Schmerzen, sondern machen den Mann auch schlapp, marsch- und kampfunfähig — ganz zu geschweigen der schweren Gesundheitsschädigungen, welche diese Krankheiten für das ganze spätere Leben nach sich ziehen. Geschlechtskrankheiten holt man sich bei leichtsinnigen Mädchen und Frauen, die infolge ihres lockeren Lebenswandels fast alle krank sind und ihre Krankheit dann wieder auf die Männer, mit denen sie verkehren, übertragen. Der Soldat muß daher besonders in Kriegszeiten sich von diesen Mädchen streng fernhalten, sowohl im Feindesland als auch in der Heimat, wo er in Quartier liegt. Er muß sich besonders vor dem Genuß geistiger Getränke (Schnaps, Bier, Wein) in acht nehmen, da er im Rausch, ja schon in leichter Angetrunkenheit leichter der Verführung unterliegt. Er muß, soweit das irgend möglich ist, nicht nur den übrigen Körper, sondern auch die Geschlechtsteile peinlich sauber halten. Er muß während der ganzen Dauer des Krieges gesund und frisch bleiben in seinem eigenen Interesse und im Interesse des Vaterlandes, das für den Kampf um seine Freiheit die ganze Kraft eines jeden braucht. Wer das Unglück hatte, schon vor dem Kriege eine Geschlechtskrankheit zu bekommen, melde jede kleinste Verschlimmerung dem zuständigen Arzt, damit nicht durch Vernachlässigung ein ernstes Leiden entsteht.

Prof. Guido Holzknecht, Leiter des Zentral-Röntgeninstitutes des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien, wurde auf Kriegsdauer zum Oberstabsarzte II. Kl. ernannt.

Priv.-Doz. Dr. Hans Rubritius-Prag, leitender Arzt der urologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Marienbad, ist als Kriegsgefangener in Tjumen an der russisch-asiatischen Grenze interniert.

Der Professor der Physik in Münster in W., Dr. Wilhelm Hittorf, der Entdecker der Kathodenstrahlen, ist gestorben.

Dr. Emil Maibinger, Primararzt der Infektionsabteilung des Kaiser Franz Josef-Spitales in Wien, ein hervorragender Pockenkenner, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. Dezember 1914 | Nr. 51 | Band 59

Aus dem dermatologischen Institut von Prof. Blaschko in Berlin.

Studien über Dermatomykosen in Berlin.

Von

Dr. W. Fischer.

(Mit 1 Tafel.)

Nachdem die Tatsache allgemeinere Anerkennung gefunden hatte, daß als Erreger von Trichophytien und Dermatomykosen nicht ein einziger, in seinem kulturellen Verhalten polymorpher Pilz, sondern eine ganze Reihe von Arten in Betracht kommen, hat man während der letzten Jahre in verschiedenen Ländern durch systematische Kulturversuche festgestellt, daß die Verbreitung dieser Arten keine allgemeine ist, sondern vielmehr bestimmte Spezies ihr eigenes Verbreitungsgebiet besitzen, über das hinaus sie nur durch gelegentliche Verschleppung gelangen. Ein besonders eklatantes Beispiel dafür bilden die sogenannten Mikrosporien, welche in England, Nordfrankreich und Belgien dauernd endemisch in einer Ausdehnung beobachtet werden, daß z. T. direkte Schulen für solche kranken Kinder unterhalten werden müssen, während in Deutschland, wie z. B. kürzlich in Berlin, Braunschweig, Tübingen, nur gelegentlich größere Epidemien auftreten, deren Ursprung man meist direkt auf eine zufällige Verschleppung aus dauernd verseuchten Gegenden zurückführen kann. Noch schärfer tritt dies Verhalten bei dem Trichophyton violaceum hervor; dieser Pilz ist in Rußland, Polen, Rumänien und Italien, in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle, stellenweise bis zu 100% die Ursache von Kopf- und Barttrichophytien, auch in Japan fand ihn Kusonoki sehr häufig bei Kopftrichophytien. In Deutschland, der Schweiz und Frankreich wird er nur äußerst selten angetroffen und überdies fast ausschließlich bei aus vorerwähnten Ländern zugereisten Personen. Seine starke Verbreitung in Argentinien, wo ihn Uriburu in beinahe 90% der Fälle fand, könnte auf den ersten Blick überraschen, erklärt sich aber, wie Sabouraud erwähnt, leicht aus der starken italienischen Einwanderung nach dort und ist dadurch zugleich ein kleiner Beitrag von der Bedeutung des internationalen Verkehrs für die Verbreitung und Verschleppung von Krankheiten.

Digitized by Google

Ähnlich verhält es sich wahrscheinlich auch mit den Trichophytonpilzen, welche ursprünglich die entsprechenden Haar- und Hautkrankheiten bei Tieren verursachen und nur gelegentlich auf den Menschen übergehen; allerdings ist mangels eingehenderer derartiger Untersuchungen, die sicher sehr interessante Resultate zutage fördern würden, ein Urteil darüber noch nicht möglich. Die Bedeutung solcher Übertragungen von Tier auf Mensch steht aber schon jetzt außer Zweifel und hat nicht etwa nur ein theoretisches, sondern oft auch ein evident praktisches Interesse. Ich erinnere nur an die eventuelle Feststellung des Infektionsmodus bei einer solchen Flechte zum Zwecke juristischer Haftbarmachung z. B. eines Friseurs. So mußte ich wiederholt in ärztlichen Gutachten gegenüber den Ausführungen anderer Kollegen auf diese Infektionsmöglichkeit hinweisen, die in den weitesten Kreisen der Ärzte noch unbekannt ist, trotzdem derartige Übertragungen bei Personen, welche mit Pferden und anderen Tieren zu tun haben, wie Kutschern, Schmieden, Landarbeitern usw., sicher nicht selten vorkommen. Es wäre daher dringend zu wünschen, wenn sich auch die Veterinärmedizin mit diesen Fragen eingehender beschäftigen würde, als es bisher geschehen ist.

Die parasitologische Bearbeitung der vorliegenden Materie verlangt freilich einen verhältnismäßig großen Zeitaufwand und ein nicht jedem zur Verfügung stehendes, reicheres klinisches Material. Die größte Aussicht auf Erfolg werden die Forscher haben, welche wie Sabouraud in Paris oder Plaut in Hamburg ihre Laboratorien gewissermaßen zu Zentralstellen für diese Arbeiten gestalten konnten. Wo dies nicht der Fall ist, werden auch kleinere Zusammenstellungen von Wert sein, und sie werden auch ihrerseits dazu beitragen, unsere Kenntnis von der geographischen Verbreitung der Hautpilze zu erweitern. Dann wird es später möglich sein, das kasuistische Material für zusammenfassende Studien über die wirklichen Gründe dieses Phänomens zu verwerten. Dieser Gedanke leitete mich, als ich vor einigen Jahren begann, jede mir zu Gesicht kommende Pilzerkrankung der Haut aus Berlin und Umgebung kulturell zu bearbeiten, um die Art des jeweiligen Erregers festzustellen.

I. Trichophyton- und Favusgruppe.

Aus 85 Fällen wurden gezüchtet:

55 mal Trichophyton cerebriforme,
8 „ „ gypseum asteroides,
11 „ Achorion Quinckeanum,
5 „ Trichophyton violaceum,
2 „ Favus (Achorion Schönleinii),

Digitized by Google

2mal Trichophyton faviforme,
1 „ „ gypseum radioplicatum,
1 „ „ „ griseum.

Die Zahlen verändern sich etwas, wenn man die Familieninfektionen und die nachweislich vom Ausland eingeschleppten Fälle abzieht, es ergibt sich dann folgendes Bild:

55mal Trichophyton cerebriforme = 77 %,
8 „ „ gypseum asteroides = 10 %,
3 „ Achorion Quinckeanum,
2 „ Trichophyton violaceum,
1 „ Achorion Schönleinii,
1 „ Trichophyton faviforme,
1 „ „ gypseum radioplicatum,
1 „ „ „ griseum.

Trichophyton cerebriforme.

Ebenso wie für Hamburg Plaut das Trichophyton cerebriforme als den allgemeinsten Erreger der Bart- und Körpertrichophytie feststellen konnte, findet sich dasselbe also auch in Berlin und wahrscheinlich in ganz Norddeutschland in beinahe 80 % dieser Erkrankungen. 31mal war er die Ursache tiefer sykotischer, 15mal die oberflächlicher Bartflechten. Es verdient der Hervorhebung, daß es auch bei den letzteren fast ausnahmslos gelingt, eine Infektion wenigstens einzelner Haare nachzuweisen, ohne daß es trotz manchmal monatelangen Bestandes immer zu einer tieferen Infiltration zu kommen braucht. Es ist merkwürdig, daß dieser Pilz imstande ist, in kurzer Zeit die schwersten, mit tiefer Abszeßbildung einhergehenden Krankheitsprodukte zu erzeugen und doch bei manchen Individuen nur oberflächliche zirzinäre Effloreszenzen entwickelt. Zur Illustration dafür mögen zwei besonders prägnante Fälle dienen.

Pat. J. Bestand seit 4 Monaten. Im Bart zahlreiche, kleine schuppende Herde mit leicht erhabenem Rande, am Hals und im Nacken größere ring- und girlandenförmige Effloreszenzen, die bis in die Gegend des Pomum Adami und des Vertebra prominens reichen. Auf der rechten Hand an der Außenseite des Zeigefingers und über dem Handgelenk je ein etwa markstückgroßer, leicht infiltrierter, diffus schuppender Herd. Nägel frei. Pilznachweis in einzelnen Barthaaren und in den Schuppen aller Stellen.

Pat. M. Bestand seit 3 Monaten. Große girlandenförmige, $^1/_2$ cm breite, erhabene, entzündliche schuppende Halbkreise an Hals und Nacken, mit der offenen Seite nach dem Kopf zu; in ihrem Inneren eine große Anzahl kleiner, frischer runder Herde. Im Bart kleine runde, schuppende Stellen, die nirgends in die Tiefe gehen. Haare nicht befallen, alle schwer auszuziehen und ohne Pilzbefund. An den Händen unter dem Bild eines chronischen, wenig entzündlichen infiltrativen Ekzems mit festanhaftender Schuppung und teilweiser Rhagadenbildung symmetrisch zwischen Radiusköpfchen und Ansatz des Daumens und Zeigefingers, ferner auf dem Handrücken rundliche Plaques

Digitized by Google

bis Zweimarkstückgröße. Gleiche Stellen in den Interdigitalfalten einzelner Finger beider Hände. Pat. hat seine Frau und ein Kind infiziert. Pilze in den Schuppen an allen Effloreszenzen nachweisbar.

Ein dritter derartiger Fall war noch in anderem klinischem Sinne bemerkenswert, insofern als die im Bart lokalisierten Herde von dem sonst gewohnten Bilde abwichen und einer Mikrosporie sehr ähnlich sahen.

Pat. B. Der Ausschlag besteht seit 4 Wochen. Links unter dem Kinn ein fast handtellergroßer, scharf begrenzter Herd ohne nennenswerte Entzündung von auffallend weißer Farbe. Alle Haare sind abgebrochen, weißlich, die Follikel treten etwas hervor; dazwischen eine ganz feine Schuppung. In der Umgebung 3 kleinere gleiche Stellen. Auf der linken Wange ein pfennigstückgroßer Herd, der am Rande trocken entzündlich ist und das gewöhnliche Aussehen einer wenig gereizten, oberflächlichen Trichophytie hat. In allen Haaren massenhaft Pilze mit Endo- und Ektosporen. Der Fall war mehrere Monate in Behandlung; es konnten noch wochenlang Pilze nachgewiesen werden, ohne daß es zur Ausbildung einer Sykosis kam.

Wie schon die beiden ersten, oben näher skizzierten Beobachtungen zeigen, tritt nicht allzuselten vom Gesicht aus eine Autoinfektion am übrigen Körper auf, als Prädilektionsstellen können der Handrücken und der Raum zwischen Daumen und Zeigefinger gelten, was leicht aus der Gewohnheit, mit diesen Stellen das Gesicht zu reiben, erklärlich ist[1]). Die dabei in den bezeichneten Bezirken auftretenden Effloreszenzen sind nicht immer klinisch leicht zu identifizieren, da sie entsprechend der dortigen härteren Oberhaut oft ein uncharakteristisches Aussehen bewahren und eher den Eindruck eines licheninfizierten, infiltrierten, mehr chronischen Ekzems machen. In solchen Fällen führt dann der Pilznachweis zur richtigen Diagnose.

Als Ursache des typischen Herpes tonsurans maculosus resp. vesiculosus der unbehaarten Haut stellte ich das Trichophyton cerebriforme 7mal fest; 2mal handelte es sich schließlich um oberflächliche, ringförmige Kopftrichophytien ohne Pustulation bei Kindern.

Naturgemäß ist der Infektionsmodus speziell, bei den eigentlichen Bartflechten, nur sehr selten mit Sicherheit festzustellen. Letzten Endes wird stets eine Ansteckung beim Rasieren angeschuldigt, das wird bei den durch das Trichophyton cerebriforme hervorgerufenen Fällen wohl auch meist zutreffen. Betont sei nur, daß Anhaltspunkte, die auf eine Übertragung von Tieren aus hinweisen, vollkommen fehlten. Bei Frauen mit oberflächlicher Körpertrichophytie konnte mehrfach ein schon vorher an Bartflechte erkranktes Familienmitglied festgestellt werden, mit welchen die Betreffenden in nähere Berührung gekommen waren.

[1]) Ähnlich wie die Entwicklung der Tuberculosis cutis verrucosa an den Händen bei Phthisikern gelegentlich zustande kommt.

Digitized by Google

In diesen Fällen bestätigte dann auch die Kultur den vermuteten Zusammenhang.

Hinsichtlich seines kulturellen Verhaltens ist zu bemerken, daß diese Art ausnahmslos leicht aus den Haaren und Schuppen zu züchten ist; in 3—6 Tagen entwickelt sich ein grauweißes, kurzes, stumpfes Myzel, welches bald im Zentrum eine gelblichgrüne Farbe annimmt und bei weiterem Wachstum die charakteristischen gehirnähnlichen Windungen aufweist (siehe Fig. 2 auf Tafel 11). Je größer die Wachstumsenergie des einzelnen Stammes ist, desto weißer ist anfangs die Färbung. Die bei älteren Kulturen auftretenden Randstrahlen sind nicht immer deutlich ausgeprägt. Sabouraud hat eine Abart, das Trichophyton plicatile, beschrieben, der diese strahligen Ausläufer überhaupt fehlen. In einigen Fällen schien es mir anfangs, daß es sich um diese Abart handeln könnte, es traten aber immer später bei weiteren Abimpfungen schließlich auch die Strahlenbildungen auf. Ein abschließendes Urteil, ob man überhaupt bei der geringen Differenz berechtigt ist, diesen neuen Typ, welchen Bang unter 80 Fällen 37mal in Kopenhagen kultiviert hat, aufzustellen (auch Pasini fand ihn sehr häufig in Norditalien), möchte ich nicht fällen, ich halte es aber für möglich, daß es sich in der Tat um die gleiche Art handelt. Auf eine differente Nährbodenbeschaffenheit sind wohl gelegentlich auftretende, von der Norm abweichende Wall- und Kraterbildungen zurückzuführen, von denen einzelne Formen abgebildet sind (Tafel 11). Es gelang später, von den zwei in Betracht kommenden Stämmen in Röhrchenkulturen die gewöhnlichen Kulturbilder zu erzielen. Vom Trichophyton plicatile hat Sabouraud ähnliche Figuren in seinem Handbuch abgebildet.

Von den 12 Stämmen, welche zum Studium der Fruktifikationsorgane in flüssigen Tropfenkulturen weiter gezüchtet wurden, zeigten drei typische Spiralenbildung, allerdings nur in geringer Zahl in einzelnen Abschnitten der Kultur; solche Spiralen (vrilles) sind also nicht ein ausschließliches Charakteristikum der Gypseum-Gruppe.

Trichophyton gypseum asteroides.

Über das klinische Krankheitsbild und die kulturellen Eigenschaften dieses Pilzes und zweier ihm nahestehender Arten: das Trichophyton gypseum griseum und radioplicatum, von denen ich je einen Fall kultivierte, habe ich in dieser Wochenschrift, Bd. 57, S. 1395f., bereits näher berichtet. Ich verfügte damals über 6 Asteroidesfälle, hinzugekommen sind mittlerweile noch zwei neue. Während in dem ersten die Infektionsquelle nicht nachzuweisen war — es handelte sich um eine kerionartige Effloreszenz an der linken Schulter —, scheint im

Digitized by Google

anderen eine Infektion vom Pferde aus sicher zu sein. Es waren im ganzen 3 Kutscher eines Stalles zu gleicher Zeit erkrankt. Bei den Beziehungen, die nach den vorliegenden Befunden diese Pilzgruppe zu den Tiertrichophytien hat, muß man auch bei den durch sie verursachten Bartflechten an einen entsprechenden Infektionsweg denken und darf nicht von vornherein eine Rasierstubenansteckung annehmen. Man hat ja sogar Übertragungen durch Pferdedecken u. ä. gesehen.

Mäusefavus (Achorion Quinckeanum).

Der Mäusefavus tritt bekanntlich beim Menschen in einer skutulabildenden, favusähnlichen, und in einer trichophytischen Form auf. Ich habe schon früher (B. kl. W., 1913, Nr. 49) die Vermutung ausgesprochen, daß die letztere sogar die vorherrschende ist. Unter 15 Fällen, bei denen es sich um 3 Stämme handelte, sah ich nur einmal den faviformen Typ.

Pat. L. Eine markstückgroße, vesikulös-entzündliche Effloreszenz mit nach außen scharf begrenztem erhabenem Wall, in den blaßroten zentralen Partien besteht eine trockene, bröckelige Borkenbildung, in deren Bereich einzelne bis rübsamengroße schwefelgelbe Skutula deutlich zu erkennen sind. Der übrige Körper ist frei. Infektionsquelle unbekannt. Kultur: Achorion Quinckeanum.

Wie infektiös auch für den Menschen diese Erkrankung ist, geht aus den weiteren Fällen hervor.

Pat. P. und ihr Kind M. Bei dem Kinde hatten sich seit 3 Wochen an beiden Händen und Unterarmen, im ganzen fünf bis markstückgroße, etwas infiltrierte, bläulichrote, schuppende Stellen von scharfer Begrenzung entwickelt, die etwa den Eindruck eines subakuten Ekzems machten; die kleieförmige Schuppung weckte den Verdacht auf eine Dermatomykose. An der rechten Schläfe, im Bereiche des behaarten Kopfes, eine gleiche, etwa zweimarkstückgroße Stelle. In allen Effloreszenzen Pilzmyzelien. Die Mutter hatte nur eine in ihren klinischen Symptomen vollständig übereinstimmende Stelle am rechten Handgelenk.

Die Infektionsquelle war eine junge Hauskatze, die an Kopf, Ohrgegend und Bauch lokalisierte Borkenbildungen zeigte, unter diesen saßen auf der Haut kleine graugelbe, pilzhaltige Skutula. Kultur: Achorion Quinckeanum (bei allen dreien).

Epidemie von 12 Fällen. Es handelte sich um junge Mädchen, die alle in einer Putzstube beschäftigt waren; im ganzen wurden allmählich 12 infiziert. Befallen waren stets ausschließlich Brust, Nacken und Arme, und zwar Stellen, die infolge der Kleidung im allgemeinen freigetragen wurden. Klinisch handelte es sich um einen Herpes tonsurans squamosus. Mit einer Ausnahme, wo sich etwa 20 Einzeleffloreszenzen fanden, war ihre Zahl gering (1—3). Die Herde erreichten zum Teil die Größe eines Fünfmarkstücks, waren kaum entzündlich gerötet, und nur ein leicht elevierter 2—5 mm breiter Saum war mit feinen weißen Schüppchen bedeckt; die zentralen Partien in einigen Fällen leicht pigmentiert, sonst aber klinisch nicht mehr verändert, insbesondere ohne jede Andeutung

Digitized by Google

von Skutulabildung. Infektionsmodus nicht festzustellen. Kultur von sieben Fällen: Achorion Quinckeanum[1]).

Trichophyton violaceum.

Wie eingangs erwähnt, ist diese Pilzart in Deutschland, speziell in Berlin, außerordentlich selten; Plaut hat, trotz seines reichen Materials, diese Art in Hamburg autochthon nie gesehen. Im ganzen kultivierte ich den Pilz 5mal. 3 Fälle betrafen russische Kinder aus der Privatpraxis des Herrn Prof. Blaschko. Es handelte sich bei allen um pustulöse follikuläre Entzündungen chronischen Charakters des behaarten Kopfes von bereits längerem Bestande; z. T. kam es bei der Ausheilung zu Narbenbildungen mit Haarverlust.

Die Berliner Fälle sind kurz folgende:

Pat. St. Am linken Vorderarm eine fünfmarkstückgroße, akut entzündete, infiltrierte, mit Bläschen und Pusteln besetzte, schuppende runde Stelle, die etwa seit 14 Tagen besteht und stark juckt. Der Infektionsmodus ist nicht zu ermitteln, die betreffende Dame ist Ärztin. In den Schuppen Pilzmyzelien.

Pat. F. Im Gesicht und Bart zahlreiche runde, flache, schuppende Herde. An den behaarten Stellen sind die meisten Haare von stumpfgrauer Farbe und abgebrochen, keine follikuläre Eiterung und keine Infiltration, trotz wochenlangen Bestandes. Alle Haare im Bereiche der Affektion waren von Pilzsporen massenhaft durchsetzt, die Schuppen enthielten Myzelien.

Den meist torpiden Verlauf der Bartflechten dieses Parasiten hebt auch Sabouraud hervor. Im Gegensatz dazu stehen die recht reaktiven herpetischen Erscheinungen bei der Infektion unbehaarter Körperstellen.

Die in ihrem Aussehen der Gruppe der faviformen Trichophyten sehr nahestehenden Kulturen des Trichophyton violaceum zeichnen sich durch sehr langsames Wachstum bei Zimmertemperatur aus, so daß es ratsam erscheint, sie einige Zeit nach der Aussaat in den Brutschrank zu bringen. Die Violettfärbung tritt bei manchen Stämmen erst spät, eventuell erst nach mehreren Überimpfungen auf und erstreckt sich meist nur auf einzelne Partien der Kulturen.

Favus.

Den eigentlichen Erbgrind, dessen Erreger das Achorion Schönleinii ist, sieht man in Deutschland nur gelegentlich bei durchreisenden

[1]) Ein weiteres Beispiel für ein gehäuftes Auftreten verdanke ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Kollegen Salomon in Cassel, der im letzten Sommer unter den Arbeitern einer dortigen Fabrik solche Epidemie beobachtete. Über die genaueren klinischen Symptome bin ich nicht unterrichtet. Das Leiden wurde von den Leuten auf kranke Mäuse, die in den Fabrikräumen in großer Anzahl vorhanden waren, zurückgeführt. Eine mir freundlichst zur Verfügung gestellte kranke Maus bestätigte diesen Verdacht; es handelte sich in der Tat ebenfalls um Mäusefavus.

Digitized by Google

Russen und Österreichern. Man nimmt an, daß in Deutschland autochthone Fälle nicht mehr vorkommen. Um so überraschter war ich, als mir ein hiesiger Kollege ein Dienstmädchen zuführte, das seit ihrer Kindheit an einem typischen Favus des Kopfes litt.

Pat. H. 17jähriges Dienstmädchen aus Straußberg bei Berlin, war nie im Ausland gewesen und ist angeblich auch nie mit ausländischen Erntearbeitern in Berührung gekommen. Seit früher Kindheit besteht ein borkiger Ausschlag auf dem Kopf. Eine Behandlung hat bisher nicht stattgefunden. Jetzt findet sich auf dem Scheitel eine handtellergroße, trockne, schuppende Favusnarbe, die umgeben ist von bis 1 cm dicken weißlichen Borken, durch welche die Haare verklebt sind. Bei Entfernung der Borken folgen die Haare; auf der Haut und an der Unterseite typische schwefelgelbe Skutula. In der Umgebung dieses Hauptherdes einzelne reaktionslose Narben und ein jüngerer Herd. In Haaren und Borken massenhafte Sporenansammlung. Kultur: Achorion Schönleinii.

Die Patientin selbst erklärte ihren Ausschlag für nicht ansteckend und begründete diese Annahme damit, daß ihre Schwester seit Jahren mit ihr dieselben Kämme und Bürsten benutzt habe, ohne krank zu werden. Da das Mädchen sich einer weiteren ärztlichen Behandlung entzog, war es mir leider nicht möglich, weitere Nachforschungen anzustellen, ob nicht doch einzelne Familienmitglieder infiziert waren.

Der zweite Fall, den ich sah und kultivierte, betraf einen kleinen russischen Knaben mit einem ganz frischen herpetischen Herd an der Wange. Die Infektion war anscheinend kürzlich durch eine favuskranke Schwester erfolgt, welche ich selbst nicht untersuchen konnte.

Trichophyton faviforme album(?).

Die durch ihre Kulturformen favusähnlichen Vertreter der Trichophyten sind Tiertypen und sind, wenigstens in Frankreich, England und Deutschland, nur gelegentlich beim Menschen gefunden worden. Sabouraud hat von den drei Arten, die er differenziert, im ganzen überhaupt nur neun Fälle gesehen. Bodin hat schon 1896 unter dem Namen Trichophyton faviforme verrucosum eine Epidemie unter den Pferden eines Stalles beschrieben, von wo aus neun Menschen infiziert wurden. In Italien werden sie dagegen anscheinend, nach der Mitteilung von Dalla Favera aus der Provinz Parma, häufiger angetroffen. Plaut hat in seltenen Fällen in Hamburg bei Körpertrichophytie und Kerion einen faviformen Pilz gefunden, der schwer zu züchten ist und dem Trichophyton faviforme album Sabourauds „ähnelt". Die wenigen Fälle, welche ich kultivieren konnte — für diese Mitteilung kommt nur die Infektion zweier Geschwister in Betracht —, bestätigen ihre schwere Züchtbarkeit, die manchmal überhaupt nur in flüssigen Nährböden bis zu einem gewissen Grade möglich ist. Ferner erschwert eine große Polymorphie, selbst bei vollkommen gleichem Nährboden, auch wenn das Ausgangsmaterial das gleiche ist, eine genauere Trennung in bestimmte Arten

Digitized by Google

Fig. 2.
Typische, 5 Wochen alte Kultur des Trichophyton cerebriforme.

Fig. 3.
Die Kulturen zweier Zerebriformestämme in Petrischalen, die von der normalen Entwicklung abweichen und bei denen kraterförmige Gebilde zur Entwicklung gekommen sind, wie sie sonst das Trichophyton crateriforme charakterisieren. Sie sind beide etwas über 3 Wochen alt. Nährboden: Maltosepeptonagar (Milieu d'épreuve). Abimpfungen von diesen Kulturen in Röhrchen ergaben typische Zerebriformekulturen.

Fig. 4.

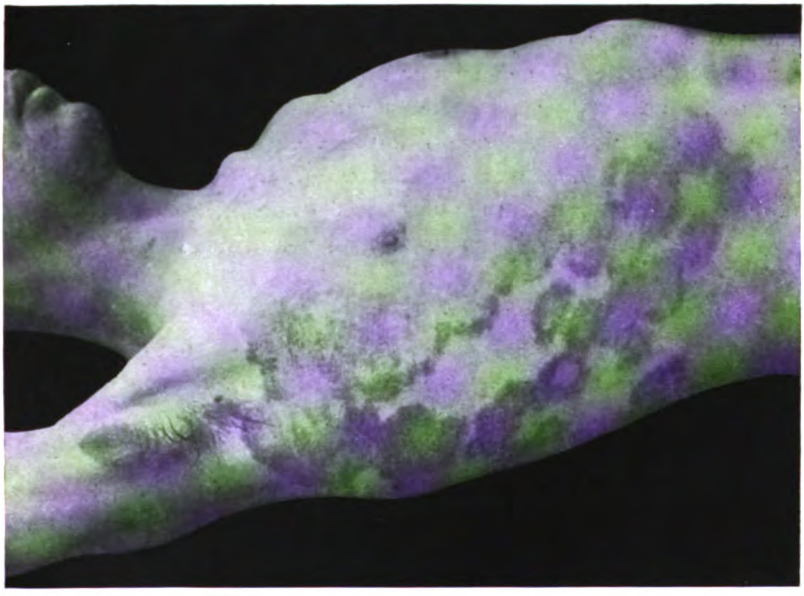


Fig. 1.
Ekzema marginatum generalisatum. Fall mit Beteiligung der Beugen und freien Flächen. Inguinalgegend befallen.

Digitized by Google

parasitäre Natur nachgewiesen hatte, stellte erst 1910 SABOURAUD durch systematische Untersuchungen den wirklichen spezifischen Erreger dieser Affektion fest und beschrieb als erster in scharf umrissener Weise seine kulturellen und biologischen Eigenschaften. Ohne Zweifel ist der gleiche Pilz schon früher von KRAL (1889) und WAELSCH (1896) gezüchtet, aber dann nicht weiter bearbeitet worden.

Das, was wir jetzt als Ekzema marginatum kennen, entspricht wenig mehr der klassischen Beschreibung von HEBRA. Lange faßte man ja das Leiden als ein Ekzem auf, dem sich eine Trichophytie zugesellt haben sollte. Einzelne Autoren, wie JESIONEK im RIECKEschen Lehrbuch, nehmen dies anscheinend noch immer an, und auch PLAUT scheint noch dieser Ansicht zu sein, wenn er meint, daß „Afterekzeme, Nabelekzeme und seborrhoische Stellen an verschiedenen Teilen des Rumpfes" der Sitz des Pilzes seien. Der Ekzembegriff muß aber meines Erachtens vollkommen fallen gelassen werden, wenn man zu einer wirklich richtigen Anschauung über diese Dermatomykose kommen will. Irreführend ist vor allem der bis jetzt gebräuchliche Name. Ebenso wie ALEXANDER bin ich der Meinung, daß wir nicht einmal als Hilfsursache für die Ansiedlung des Parasiten irgend eine ekzematöse Alteration der Haut brauchen. Das ist auch an der Prädilektionsstelle in den Genitokruralbeugen nicht der Fall. Zahlreiche Individuen laufen jahrelang mit einer solchen stationärbleibenden Effloreszenz herum, die nicht die entfernteste klinische oder histologische Ähnlichkeit mit einem Ekzem hat, sondern sich meist als ein diffus kleieförmig schuppender, fast ganz reizloser Fleck präsentiert. Treten bestimmte Umstände hinzu, die dem Wachstum des Pilzes günstig sind, also insbesondere feuchte Wärme, wird der Prozeß akut und nimmt dann gelegentlich, wie jede andere Körpertrichophytie, einen herpetischen oder ekzematoiden, nässenden Charakter an. Mit demselben Rechte könnte man jeden Herpes tonsurans vesiculosus als eine Kombination von Trichophytie und Ekzem auffassen, weil dabei Bläschenbildung auftritt.

ALEXANDER hat in der LESSER-Festschrift darauf hingewiesen, daß es Fälle dieser Dermatose gibt, die von den Leistenbeugen aus nicht durch kontinuierliches Wachstum sich ausbreiten, sondern sprungweise an beliebigen freien Stellen des Körpers auftreten, und denjenigen Fällen als „atypischen" noch eine Sonderstellung eingeräumt, bei welchen die charakteristische Lokalisation in den Leistenbeugen und den übrigen Vorzugsstellen überhaupt fehlte. Er schildert in der erwähnten Mitteilung drei solche Beobachtungen und spricht die Vermutung aus, daß die disseminierten makulösen Trichophytien, wenigstens zum Teil, in Wahrheit ausgebreitete atypische Fälle von Ekzema marginatum sind.

Digitized by Google

Daß diese Dermatomykose speziell in Krankenhäusern bei Patienten, welche mit Sitzbädern, feuchten Packungen u. ä. behandelt werden, plötzlich eine universelle Ausdehnung annehmen kann und dann auch zu weiteren Übertragungen führt, habe ich schon während meiner Assistententätigkeit im R. Virchow-Krankenhause wiederholt gesehen, und ich erinnere mich noch einer direkten kleinen Epidemie auf meiner Abteilung, die durch einen Prostatiker vermittelt war und erst nach einer energischen jedesmaligen Desinfektion der Wannen erlosch. Auch die sogenannten atypischen Fälle ALEXANDERS habe ich schon damals gesehen und kultiviert. Äußere Gründe hinderten mich dann eine Zeitlang, die Materie weiter zu bearbeiten, und erst bei Gelegenheit der in dieser Arbeit verwerteten Studien stieß ich wieder auf solche Fälle, und zwar in solcher Menge, daß ein näheres Eingehen darauf aus verschiedenen Gründen geboten erscheint.

Im ganzen habe ich das Epidermophyton inguinale 31mal kultiviert, rein auf die Inguinalgegend waren elf Fälle beschränkt; diese bieten nur insofern ein Interesse, als vier davon bei Gonorrhoikern nach Sitzbädern in Badeanstalten aufgetreten sein sollen. Bei anderen spielte augenscheinlich ein gelegentliches starkes Schwitzen beim Akutwerden eine Rolle. Wie überhaupt leicht schwitzende Personen oft die Träger der Affektion sind. Ich habe viel mehr Fälle gesehen und wenigstens mikroskopisch als parasitär nachgewiesen, als ich kultivieren konnte. Neunmal war die Affektion von der Leistengegend auf den übrigen Körper übergegangen, und es waren daneben andere Gelenkbeugen, wie Achselhöhlen, Ellenbogen, Kniekehlen und gelegentlich auch freie Flächen in großer Ausdehnung akut befallen (siehe Abbildung). Die übrigen elf Fälle präsentieren sich klinisch als herpetische oder makuloerythematöse schuppende Infektionen an den freien Flächen des Stammes und der Extremitäten bei vollkommenem Freibleiben der Prädilektionsstellen. Auf diese allein möchte ich im folgenden näher eingehen und dabei den Infektionsmodus berücksichtigen, der fast immer mit Sicherheit festzustellen war.

Kasuistik.

1. Pat. S. war 17 Wochen wegen Lungenleidens in einem Krankenhaus und bekam Brustumschläge. Nach einiger Zeit entwickelte sich in der Gegend der linken Brustwarze ein runder schuppender Fleck, der dort mit Jodtinktur behandelt wurde. Drei andere Patienten derselben Station hatten denselben Ausschlag. Zurzeit finden sich auf Brust und Rücken 23 pfennig- bis fünfmarkstückgroße kreisrunde, durch einen erhabenen, schuppenden Wall begrenzte Effloreszenzen, die z. T. konfluieren. Im Zentrum und am Rande einzelne follikuläre(?) Stippchen, die meist aufgekratzt sind

Digitized by Google

und einen bräunlichen, trockenen Schorf zeigen. In den Schuppen zahlreiche, langgestreckte, glatte und septierte Myzelfäden. Kultur: nach elf Tagen langsames Wachstum.

2. Pat. L. Auf Brust und Bauch sechs bis fünfmarkstückgroße runde Herde mit zentraler Abheilung und schuppendem, erhabenem, entzündlichem Wall; zwei gleiche am rechten Arm. Pilzbefund positiv. Kultur: nach neun Tagen Wachstum.

3. Pat. P. Unterhalb der rechten Brustwarze zwei zehnpfennigstückgroße, diffus schuppende, mit kleinen eingetrockneten Bläschen besetzte Herde; in deren weiterer Umgebung und auch auf dem Rücken kleine bis linsengroße, mit Schuppen bedeckte flache Papelchen, polyzyklische Ringe und Halbkreise von bräunlicher Färbung. Pilzbefund und Kultur positiv.

Beide Patienten waren als Insassen einer Tuberkulosestation mit Brustumschlägen behandelt worden.

4. Pat. K. Auf der Brust drei über fünfmarkstückgroße, im Zentrum mit leichter Pigmentierung abgeheilte Stellen, deren schuppende Randpartien entzündlich erhaben und mit kleinen eingetrockneten Bläschen und dunkelbraunen Börkchen besetzt waren; am rechten Vorderarm und an dem linken Oberschenkel kleinere gleiche Effloreszenzen.

5. Pat. W. Speziell Brust befallen, oberflächlicher, wenig gereizter Fall. Die Einzeleffloreszenzen, welche im Zentrum abgeheilt sind, bilden durch Konfluenz girlandenförmige Figuren. An einzelnen Stellen ist das Fortschreiten auch einseitig serpiginös.

6. Pat. M. Stecknadelknopf- bis fünfpfennigstückgroße, mäßig entzündete, diffus schuppende, infolge ihrer großen Zahl häufig konfluierte Stellen auf Brust und Rücken. Der erkrankte Hautbezirk schneidet nach oben und unten in horizontaler Linie scharf ab und entspricht deutlich dem Gebiet, auf welchem feuchte Umschläge appliziert waren.

Die Fälle 4, 5 und 6 waren ebenfalls Krankenhausinsassen einer Station und wegen verschiedener Lungenleiden mit Brustumschlägen behandelt worden. Pilznachweis und Kultur positiv.

7. Pat. Ko. hat in einem Krankenhaus kürzlich Pneumonie durchgemacht und Brustumschläge bekommen. Der Ausschlag ist danach aufgetreten und besteht seit drei Wochen. Zurzeit auf Brust und Rücken 15 zwei- bis fünfmarkstückgroße herpes-tonsurans-artige Herde mit follikulärer(?) Bläschenbildung; der Rand ist wallartig erhaben, im Zentrum keine Abheilung. In den Schuppen massenhafte geradlinige Myzelfäden. Kultur in sieben Tagen aufgegangen.

8. Pat. C. war kürzlich wegen Lungenleidens in einer Heilstätte und bekam dort Brustumschläge. Am ganzen Stamm bis handtellergroße, diffus schuppende, scharf begrenzte, erythematöse Plaques. Nach der Entlassung aus der Heilstätte hat Pat. seine beiden Kinder angesteckt. Angeblich sollen in dem betreffenden Institut zahlreiche Insassen die gleiche Hautkrankheit haben.

Pilze: zahlreich in Myzelform. Kultur wächst schnell in fünf Tagen.

9. Pat. T. Die Frau bemerkt seit fünf Tagen eine runde schuppende Stelle am Bauch, die schnell gewachsen ist; sie führt ihre Entstehung auf heiße Kompressen zurück, die sie wegen Gallensteinkoliken auf ärztliche Anordnung machen mußte. Es handelt sich klinisch um einen herpes tonsurans makulosus von über Fünfmarkstückgröße. Es besteht nur die eine Stelle, die Genitalgegend ist frei. In den Schuppen reichlich Myzelien, Kultur wächst langsam in neun Tagen.

10. Pat. P. wurde wegen Pleuritis mit feuchten Umschlägen behandelt; einige Tage später konstatierte der Arzt ein „Schwitzekzem". In Wirklichkeit handelte es sich ebenfalls um eine Epidermophytie. Die Einzeleffloreszenzen waren so dicht gestellt, daß große Partien auf Brust und Rücken diffus befallen waren. Die Begrenzung

Digitized by Google

war wie in Fall 6 vollkommen dem Umfange des Umschlags entsprechend. Pilznachweis positiv. Kultur rasch wachsend in fünf Tagen.

11. Pat. N. bemerkt seit einigen Tagen in der Mitte des linken Oberschenkels an der Innenfläche eine rote schuppende Stelle. Dort finden sich zwei konzentrische Kreise von Zehnpfennig- und Fünfmarkstückgröße mit erhabenen entzündlichen Rand. Infektionsmodus unbekannt. In den Randschuppen zahlreiche langgestreckte Myzelfäden. Kultur schnell in vier Tagen auskeimend.

Klinisch tritt demnach diese Mykose an den freien Körperflächen im wesentlichen in zwei Formen auf: einmal als erythematöse, diffus schuppende Plaque, meist in großer Zahl, daher z. T. konfluierend, wodurch unregelmäßig begrenzte, girlandenförmige und polyzyklische Figuren entstehen. Das sind die akutesten Fälle, die explosiv sich ausbreiten und eine große Ausdehnung gewinnen können. Die zweite Form verläuft langsamer und tritt als richtiger herpetischer Fleck auf mit eleviertem Wall und mehr oder weniger zentraler Heilungstendenz; dabei scheint mir das Vorhandensein unregelmäßig über die ganze Effloreszenz verstreuter, etwa stecknadelkopfgroßer, bräunlicher Börkchen, die aus Bläschen hervorgegangen sind, typisch zu sein. Ihre Anwesenheit hat mich schon wiederholt auf die richtige Diagnose geführt. In manchen Fällen wächst die Einzeleffloreszenz nicht ringförmig, sondern mehr serpiginös, wodurch Halbkreise und geknickte Bogenlinien auftreten können. Die jüngsten Stellen dieser zweiten Form präsentieren sich als kleine schuppende bräunliche Papelchen.

Es geht aus dieser kasuistischen Zusammenstellung zur Evidenz hervor, daß der fast allein in Betracht kommende Infektionsmodus bei diesen Formen der Mykose die Anwendung feuchter Wärme ist. In der Kasuistik von Alexander finden sich übrigens ebenfalls mehrfach solche Hinweise. In erster Linie spielen anscheinend dabei feuchte Umschläge eine Rolle, aber auch Sitz- und Vollbäder leisten der Verbreitung Vorschub. Leute mit stationären inguinalen Herden sind dabei natürlich am meisten einem Akutwerden und der Verallgemeinerung ausgesetzt, und wahrscheinlich wird auch die weitere Infektion meist von einer solchen Person ausgehen. Bei der außerordentlichen Empfänglichkeit mazerierter Haut für diesen Pilz wird die Krankheit aber auch leicht auf andere Personen übertragen. Man kann annehmen, daß der Erreger bei der gesteigerten Wachstumsenergie auch seine Virulenz steigert. Überhaupt kann über seine Infektiosität kein Zweifel bestehen; schon Sabouraud schildert in seinem Handbuch eine Epidemie von 23 Fällen in einem französischen Internat; auch auf die Übertragung beim Geschlechtsverkehr ist bereits von ver-

Digitized by Google

schiedenen Seiten hingewiesen worden. Kürzlich beschrieb Nicolau unter seinen Fällen drei Familieninfektionen. In dem einzigen Falle von Ecz. m. der Zehenfalten und des Fußrückens, den ich sah — er betraf ein junges Mädchen aus den besten Kreisen —, war der Ausschlag im Anschluß an eine Fahrt im Schlafwagen aufgetreten, der Gedanke ist naheliegend, daß auch hier die Übertragung durch eine ungenügend gereinigte Decke erfolgt war.

Ich habe mir die Frage vorgelegt, ob wir vielleicht in einem Stadium uns befinden, wo diese Mykose schnell an Verbreitung gewinnt. Es ist aber wohl eher anzunehmen, daß das wachsende Interesse am Studium der Dermatomykosen, die früher als einfaches Ekzem oder als Herpes tonsurans gedeuteten Fälle nur richtiger deutet. Immerhin besteht die Gefahr einer weiteren Propagierung meines Erachtens doch in einem gewissen Grade. Die Patienten, bei welchen ich die Krankheit feststellen konnte, waren sicher nur ein kleiner Bruchteil von denen, welche in den betreffenden Anstalten daran litten. Das ging schon aus den Bemerkungen der Leute hervor. Die Konsequenz, die sich daraus ergibt, versteht sich von selbst. Namentlich in Krankenhäusern, Lungenheilstätten, Badeanstalten muß bei der Verwendung von Umschlägen, Tüchern und Decken auf peinlichste Sauberkeit gehalten werden; unter allen Umständen sollte jeder Patient seine eigene Kompresse heben, die nur für ihn benutzt wird. Auf die Reinigung der Badegeräte muß besonders, wenn solche Fälle auftreten, peinlich geachtet werden. Ich habe es selbst erlebt, wie schwierig es ist, den einmal eingenisteten Schmarotzer wieder ganz unschädlich zu machen.

Die Therapie, welche in unserer Klinik angewandt wurde, bestand im wesentlichen bei den nicht allzu ausgedehnten Fällen in Pinselungen mit Jodtinktur. Auch hochprozentige Schwefelsalben führten zum Ziel. Bei den inguinalen Fällen benutzten wir ferner gelegentlich bis 1%ige Chrysarobinsalben. Mit diesem Mittel wird man des Leidens gewöhnlich leicht Herr. In den Leistenbeugen kann aber auch eine längere Nachbehandlung, die in allen Fällen selbst nach erfolgter klinischer Heilung zu empfehlen ist, vor Rezidiven nicht schützen. Sehr ausgedehnte Fälle stellen an die therapeutische Technik des Arztes große Anforderungen und sind ambulant manchmal kaum zur Heilung zu bringen.

Schließlich noch einige kurze Bemerkungen über die Biologie des Erregers selbst. In den Schuppen der akuten Fälle sind die Myzelien von denen einer Trichophytie nicht zu unterscheiden, sie sind langgestreckt, wenig septiert, also in üppig wachsendem Zustande. Anders bei den stationären oder wenigstens chronischen Affekten, da findet man

Digitized by Google

gekrümmte septierte Myzelfäden, hauptsächlich aber die in den Zellzwischenräumen lagernden kurzen Sporenketten. Der Pilz befällt nie die Haare! Über Form und Wachstum auf künstlichen Nährböden haben die erwähnten Arbeiten von Sabouraud, Alexander, Dudumi und Nicolau Aufschluß gegeben, so daß über die Identität des Pilzes keine Unsicherheit mehr herrscht. Den Versuch, auch von ihm wieder mehrere Arten aufzustellen, halte ich für verfehlt. Die Farbendifferenzen, die bei den einzelnen Stämmen vorkommen, lassen sich wohl durch verschiedene Wachstumsenergien und die damit in Zusammenhang stehenden, früher oder später eintretenden Sporulierungsvorgänge erklären. Schnellwachsende Stämme bleiben lange grauweißlich, die langsam sich entwickelnden nehmen schneller eine grünlichgelbliche Färbung an. Einzelne Stämme wachsen außerordentlich langsam und keimen erst nach Wochen aus. An Fruktifikationsorganen werden nur die endständigen, mehrkammerigen Spindeln und später interkaläre Chlamydosporen gebildet. Spiralbildungen, wie sie Alexander beschreibt, habe ich nie gefunden, seine Abbildungen entsprechen auch nicht ganz den speziell bei der Gypseumgruppe auftretenden Spiralen.

Der Eigenart des Pilzes, im Gegensatz zu den Trichophyten, nicht in Haare einzudringen, hat Sabouraud bei der Namengebung sehr treffend dadurch Rechnung getragen, daß er ihn als „Epidermophyton" inguinale bezeichnete. Da neuere Befunde seine weitere Ausbreitung über andere Teile des Körpers, speziell die Gelenkbeugen, gezeigt haben, schlug Nicolau kürzlich eine Änderung in Ep. plicarum vor. Wir haben jetzt gesehen, daß auch diese Bezeichnung nicht den Kern der Sache trifft. Es ist mißlich, für ein und dieselbe Affektion dauernd neue Namen einzuführen, sie stiften nur Verwirrung und werden höchst selten allgemein akzeptiert. Ich glaube, man sollte am besten den Erreger Epidermophyton inguinale nennen und sein klinisches Produkt als Epidermophytie bezeichnen. Denn die Leistenbeugen bleiben trotzalledem noch immer die Prädilektionsstellen für diese Affektion, in den beschriebenen Fällen handelt es sich eben um generalisierte Formen.

Literatur.

1. Sabouraud, Les teignes. Paris 1910. — 2. A. Alexander, Beiträge zur Kenntnis des Ekzema marginatum. Arch. f. Derm., Bd. 113. — 3. V. Dudumi, Beitrag zur Kenntnis des Ekzema marginatum (Hebra) oder der Epidermophytia inguinalis (Sabouraud). Derm. Zschr., Bd. 20. — 4. S. Nicolau, Contribution à l'étude du soi-disant ekzema marginatum Hebra. (Epidermophyton inguinale Sabouraud; Epidermophyton plicarum.) Ann. de Derm. et de syph., 1913, S. 65. — 5. H. C. Plaut, Die geographische Verbreitung der Hautpilze und ihre Bedeutung für Hamburger Gebiet Derm. W., 1914, Ergänzungsheft zu Bd. 58.

(In diesen Arbeiten findet sich die gesamte sonstige Literatur.)

Digitized by Google

V. Kongreß der Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani.

(Siena, 1.—2. Juli 1914.)

Bericht von

Prof. Vincenzo Montesano, Rom.

Die 5. Versammlung dieser Gesellschaft, welche das Ziel verfolgt, die wirklichen Spezialisten der Dermosyphiligraphie gegen jene Usurpatoren zu schützen, die sich, ohne ein Recht dazu zu haben, aus gewinnsüchtiger Absicht diesen Titel geben, beschäftigte sich mit dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten und fand im letzten Juni in Siena statt, besucht von zahlreichen Mitgliedern aus allen Teilen Italiens.

Den Vorsitz führte der Präsident Prof. Giovanni Pini-Bologna, unter Assistenz des Generalsekretärs Prof. Vincenzo Montesano.

Den Inhalt der Tagesordnung bildete:

1. Die Gründung eines nationalen Bundes gegen die Geschlechtskrankheiten.

2. Die Herausgabe eines populären Handbuches über die Gefahren dieser Krankheiten und über die Mittel, sie zu bekämpfen.

Über das erste Argument entspann sich eine lange Diskussion, an welcher viele Mitglieder teilnahmen: Senator Prof. Pio Foà-Turin, Prof. Domenico Barduzzi-Siena und andere; worauf man den Bund gegen die Geschlechtskrankheiten als gestiftet erklärte. Zu einem provisorischen Komitee berief man auch Männer, die sich nur mit Dermosyphiligraphie beschäftigen, und eine Vertreterin des National-Vereins der italienischen Frauen: die Marchesa Elena Lucifero-Rom.

Die Versammlung der Mitglieder beschloß, das provisorische Komitee des Bundes gegen die Geschlechtskrankheiten zu beauftragen: für die Veröffentlichung eines populären Handbuches über die Gefahren der venerischen Krankheiten zu sorgen, und an diesem Handbuche sollten nicht nur Spezialisten arbeiten, sondern auch Juristen und Soziologen — wegen der zahlreichen hygienischen, juristischen und sozialen Fragen, die sich über diesen Gegenstand anhäufen —, auch über die Prostitution und über die Mittel, die einen wie die anderen Übel zu bekämpfen.

Die Versammlung beschloß, dem Minister der italienischen Marine ihren Beifall zu bezeugen, wegen seiner weisen Schutzmaßregeln gegen die Geschlechtskrankheiten, welche er bei den Mannschaften der Marine angewendet hat.

Zum neuen Präsidenten wurde Prof. Carlo Vignolo Lutati-Turin ernannt, zum Generalsekretär wieder Prof. Vincenzo Montesano-Rom.

Der nächste Kongreß wird in Venedig im Jahre 1915 stattfinden.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Oktober 1914, Bd. 21, H. 10.

Über einen Fall von Parapsoriasis, von D. E. Cohen-Amsterdam. Von den drei Sorten, der Parapsoriasis en goutes „lichénoide und en plaques", handelt es sich wenigstens klinisch um die erste. Der seit Monaten kranke Patient besitzt am Rumpf,

Digitized by Google

den seitlichen Thoraxpartien, Lendengegend, Rücken, Schultergegend, Streckseiten der Ober- und Unterarme und in geringem Grade an den Beugeseiten zu länglichen Plaques aggregierte, nicht follikulär stehende Papelchen mit lichenoidem Glanz, deren Primäreffloreszenz ein stecknadelgroßes, nicht follikulär stehendes Papelchen ist. Dasselbe juckt wenig und schuppt nur nach Kratzen. Histologisch bestand eine Infiltrierung und Quellung des Stratum papillare, Symptome der Parapsoriasis lichénoide.

Ein guter therapeutischer Effekt wurde mit Pilokarpininjektionen erreicht.

Über die Prinzipien der Syphilistherapie, von Carl Cronquist-Malmö. Dieselben sieht Cronquist in einer Behandlung, welche aus freistehenden kräftigen Kuren besteht. Art und Applikation soll so gewählt sein, daß das Mittel nicht im Körper remaniert, sondern so bald wie möglich zur Ausscheidung gelangt. Eine spezifische Lokalbehandlung ist zu vermeiden. Die Kur besteht in einer Kombination von Quecksilber und Neosalvarsan. Dieses wird in der Form von Hg-Salizylat, 10 Injektionen à 0,06 bis 0,10 pro Monat, jenes in Einzeldosen von 0.45—0,6 ccm verwendet. Als Schema für die Behandlung eines frischen Falles empfiehlt Verfasser mit Hg-Injektionen anzufangen. Am Ende des ersten Monats wird eine fünfwöchige Pause eingeschoben, welche in der Mitte durch eine intravenöse Neosalvarsaninjektion unterbrochen wird. Darauf folgt die zweite gleichartige Hg-Kur. Nun werden die Pausen auf zwei Monate verlängert, während die Neosalvarsaninjektion zwischen der sechsten und siebenten Woche erfolgt. Vörner-Leipzig.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1914, Bd. 120, H. 2.

Über sekretorische Niereninsuffizienz bei dem vulgären und beim parasitären Ekzem, von Robert Bernhardt und Stephanie Rygier-Warschau. Bei Ekzema vulgare ist sehr oft eine sekretorische Niereninsuffizienz konstatiert worden, die aber bei seborrhoischem Ekzem selten auftritt. Es läßt sich jedenfalls der praktische Schluß ziehen, daß bei an vulgärem Ekzem Leidenden eine besondere Aufmerksamkeit auf die Diät und Anregung der Nierenfunktion zu lenken ist.

Über das Schicksal von intramuskulär und subkutan injizierten, unlöslichen Arzneien, speziell des Salvarsans, von Akira Takahashi-Tokio. Das Ergebnis dieser Arbeit ist folgendes: Das Salvarsan erzeugt an der Infektionsstelle eine weitgehende Nekrose, die sich über alle Gewebe erstreckt und schließlich nach 14 Tagen unter akut entzündlichen Erscheinungen durch einen starken Leukozytenwall von dem gesunden Gewebe abgegrenzt wird. Um die Nekrose bildet sich chronisch entzündliches Granulationsgewebe, welches langsam zentral vordringt und die abgestorbenen Massen resorbiert. Dieser Regeneration folgt nach ca. 350 Tagen eine Vernarbung. Bei der Beseitigung des Salvarsans von der Injektionsstelle kann man drei Stadien unterscheiden. In dem ersten, der Gewebsnekrose entsprechenden Stadium, wird das gelöste Salvarsan und die feinsten Körner, die Lymphgefäße, aufgenommen, zum größten Teil aber wieder im Harn ausgeschieden; nur eine geringe Menge bleibt im Körper. Im zweiten Stadium, währenddessen sich die chronische Gewebsentzündung abspielt, wird das Salvarsan, welches sich allmählich in grobe, schwer lösliche, trübe Körner verwandelt, gar nicht oder nur in sehr geringer Menge resorbiert. Bei Abszeßbildung wird sogar das meiste mit dem Eiter nach außen entleert. Im dritten Stadium werden die groben an der Injektionsstelle verbliebenen Salvarsankörner von den Elementen des Granulationsgewebes aufgelöst.

Über einen Fall von eigenartig lokalisierten Syringomen in Kombination mit anderen Entwicklungsanomalien, von Max Winkler-Luzern. Ein interessanter, klinisch wie histologisch genau beschriebener Fall von Syringomen und atheromähnlicher

Digitized by Google

Zystenbildung bei einem Patienten, der sich gleichzeitig durch eine mangelhafte Entwicklung der Sexualorgane (Testikel und Penis) und den damit zusammenhängenden Mangel des Stimmbruches und der Haarentwicklung auszeichnet. Dieser Befund spricht für eine fehlerhafte Keimanlage, und für die oft schon betonte Annahme, daß es sich bei den Syringomen um Entwicklungsanomalien handelt.

Zur Kenntnis der hyperkeratotisch-vesikulösen Exantheme bei Blennorrhoe, von A. Buschke und Max Josef Michael-Berlin. Im Verlauf von durch anderweitige Prozesse komplizierten blennorrhoischen Harnröhrenerkrankungen erkrankt die Haut an einem Exanthem, das sich nach kurzem vesikulösen Stadium in Form lang bestehender, hornartiger Kuppen, umgeben von den Resten der früheren Blasen, repräsentiert. Die Lieblingslokalisation stellen Fußsohlen und -rücken, nächstdem Handrücken und Beugeflächen inklusive der Nagelbetten dar. In selteneren Fällen kommt es zu einer Ausbreitung des Exanthems auch auf andere Körperpartien. Das Neuauftreten des Exanthems bei neuen blennorrhoischen Infektionen respektive Rezidiven läßt die ätiologische Abhängigkeit des Exanthems von der Blennorrhoe trotz des mangelnden bakteriologischen Nachweises als gesichert erscheinen. Das Exanthem tritt meist im Gefolge von blennorrhoischen Gelenkerkrankungen auf und kann zugleich mit diesen einen jahrelangen Verlauf mit ungünstiger Prognose annehmen. Der Zusammenhang einiger weniger Fälle von einem ganz gleichartigen hyperkeratotischen Exanthem im Verlauf von Gelenkerkrankungen mit einer früheren Blennorrhoe ist wahrscheinlich, aber nicht bewiesen. Im mikroskopischen Bilde handelt es sich um einen in den höheren Kutislagen beginnenden, im Papillarkörper und im Rete Malpighii am intensivsten ausgeprägten Entzündungsprozeß, der unter Bildung von Hohlräumen im Rete zur Abhebung der Hornschichten durch ein zellig-seröses Exsudat führt. Durch Einlagerung immer neuer parakeratotischer Zellagen kommt es zur Bildung von Hornlamellen unter Eintrocknung des Exsudates.

Beitrag zum Studium der skrofuloiden Adenopathien hereditär-syphilitischer Individuen, von Karl Vignolo-Lutati-Turin. Aus seinen Beobachtungen geht hervor, welche Bedeutung man der hereditären Syphilis zuerteilen muß bei einer diagnostischen Diskussion klinischer Erscheinungen, die, obschon sie wegen vorgefaßter Gewohnheit nach der Tuberkulose hin orientiert werden, doch im Lichte der modernen Forschungsmethoden als wesentlich syphilitischer Natur resultieren. Diese klinischen modernen Forschungsmethoden dürfen in keinem Falle beiseite gelassen werden.

Über ein eigenartiges, durch den Typus gallinaceus hervorgerufenes Krankheitsbild der Tuberkulose, nebst Bemerkungen über den Nachweis und Bedeutung der einzelnen Typen des Tuberkelbazillus bei klinisch verschiedenartigen Formen der Hauttuberkulose, von B. Lipschütz-Wien. In der Mehrzahl der bisher untersuchten Fälle muß der Typus humanus für das Auftreten des Lupus verantwortlich gemacht werden, während in einem geringen Prozentsatz des Lupus als Infektion mit Tuberkelbazillen des Typus bovinus, also als echte Rindertuberkulose der menschlichen Haut zu deuten ist. Sämtliche Typen des Tuberkelbazillus kommen beim Menschen als Erreger klinisch verschiedenartiger Formen der Hauttuberkulose in Betracht. Gegenseitige Infektionen sind zwischen Mensch und Tier möglich; im Sinne Orths soll die Prophylaxe nicht nur die Bekämpfung der menschlichen, sondern auch die der Rinder- und Geflügeltuberkulose umfassen. Der Typus bovinus kommt bei Tuberculosis verrucosa cutis vor; die Verruca necrogenica stellt höchstwahrscheinlich eine Impftuberkulose mit Menschenbazillen dar. Die Bedeutung des Typus gallinaceus für die Genese selten auftretender Formen der Hauttuberkulose ist nicht zu unterschätzen. Als praktische Folgerung ist die Forderung abzuleiten, bei einem für Meerschweinchen wenig oder fast gar nicht pathogenen Impfmaterial, die Diagnose Tuberkulose nicht ohne

Digitized by Google

weiteres abzulehnen, sondern die Möglichkeit einer Geflügeltuberkulose in Erwägung zu ziehen und die Impfversuche an Hühnern zu wiederholen. Für die Geflügeltuberkulose des Menschen scheinen folgende Befunde charakteristisch und diagnostisch wertvoll zu sein: Auffallend reichlicher Bazillenbefund, fast ausschließlich intrazelluläre Lagerung der Bazillen und Gewebsveränderungen, die sich sowohl klinisch als auch mikroskopisch von dem typischen Aussehen gewöhnlicher Tuberkulose deutlich unterscheiden.

Die Kutireaktionen bei Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Pallidinreaktion, von E. Klausner-Prag. Mit Organextrakten aus Lungen mit den Veränderungen der Pneumonia alba gelingt es, ganz charakteristische Kutanreaktionen bei Syphilis zu erzielen. Auch anderes spirochätenreiches Material eignet sich zur Herstellung wirksamer Impfflüssigkeiten. Das Kriterium ist ein entzündliches Infiltrat, das fast in allen Fällen zu einem etwa zweihellergroßen Herde konfluiert und von oft bis fünfkronenstückgroßem Erythemhofe umgeben ist. Innerhalb 36—48 Stunden hat die Reaktion ihren Höhepunkt erreicht. Die Pallidinreaktion ist spezifisch für Syphilis gummosa und hereditaria tarda. Sie fehlt bei negativem Wassermann. Es ist ein vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel bei auf Syphilis verdächtigen Augenaffektionen. Bei der Keratitis parenchymatosa ist sie dem Wassermann bedeutend überlegen. Sie fehlt häufig bei Periostitis gummosa und bei Individuen mit schlaffer, kachektischer Haut. Die Therapie übt auf den Ausfall der Pallidinreaktion einen anscheinend geringen Einfluß. Das Schwinden positiver Kutanreaktionen nach intensiver Salvarsan-Quecksilberbehandlung wurde manchmal beobachtet. Die Pallidinreaktion vermag die allergische Serumreaktion hervorzurufen, die in dem Umschlag der negativen Serumreaktion in eine positive zum Ausdruck kommt. Die Pallidinreaktion stellt ihrem Wesen nach eine anaphylaktische Hautreaktion dar.

Behandlung von Röntgen-Dermatitiden. Ein Fall von Röntgen-Ulkus, behandelt nach Pfannenstiels Methode, von S. L. Bogrow-Moskau. Nach vergeblichen Versuchen gelang es dem Verfasser, ein großes Röntgen-Ulkus mit Jodnatrium innerlich in großen Dosen und mit Wasserstoffsuperoxyd äußerlich zu heilen.

Symmetrische Lipomatosis (Übersicht nebst Mitteilung von zwei Fällen kombiniert mit Psoriasis und Arthritis), von A. Buschke und Matthissohn-Berlin. An Erklärungsversuchen ihrer ätiologischen Natur ist kein Mangel, aber es fehlen einwandfreie beweisende Grundlagen. Nach der französischen Schule besteht ein Zusammenhang mit rheumatischen oder nervösen Affektionen. Bei den von den Verfassern mitgeteilten Beobachtungen besteht ganz analog Psoriasis und Arthritis. Bei beiden Patienten handelt es sich um symmetrische multiple Lipombildungen im prädisponierten Alter (39—40 Jahre), die sich ganz plötzlich und schmerzlos entwickelt hatten. Eine äußere Entstehungsursache ist nicht anzugeben. Beide Patienten klagen seit Jahrzehnten über häufig und dann hartnäckig auftretende muskuläre und Gelenkschmerzen. Beide leiden auch an Psoriasis. Ob ein Zusammenhang der Lipomatose mit Psoriasis und Arthritis besteht, kann mit Sicherheit nicht beantwortet werden. Die Arbeit bietet jedenfalls sehr Interessantes, zumal die Verfasser eine ausführliche Literatur über die verschiedenen Theorien bringen, die Differentialdiagnose und Therapie eingehend besprechen.

Zur Topographie des Salvarsans und Neosalvarsans, von A. Stühmer-Frankfurt a. M. Neosalvarsan verteilt sich im gesamten Körper am gleichmäßigsten, nur wenig steht ihm das alkalische Altsalvarsan nach, während das saure Salvarsan eine besondere Vorliebe für die Lungen zeigt. Im konzentrierten Zustand (1 : 25) geschieht dies auch mit dem alkalischen Salvarsan. Neosalvarsan verteilt sich auch in höchster Konzentration (1 : 1) ganz gleichmäßig. Schon kurze Zeit nach der Einspritzung werden alle Präparate zum größten Teil von den Organen gespeichert. Lunge, Leber und Milz

Digitized by Google

haben den größten Anteil zu fast gleichen Teilen. Hier wird ein Depot mit großer Oberfläche gebildet, aus welchem nun der Blutstrom in der Folgezeit dauernd kleinere Mengen auslaugt. Diese im Blute enthaltenen Mengen kommen zur klinischen Wirkung. Beim sauren und alkalischen Salvarsan hält diese Wirkung am längsten an, unter Umständen bis zu drei Tagen. Beim Neosalvarsan ist das Depot in der Hauptsache bereits nach 24 Stunden erschöpft. Das Salvarsan wird zu gutem Teile wahrscheinlich unverändert durch die Nieren, ganz besonders aber durch den Darm ausgeschieden. Die Mengen im Darm sind so erheblich, daß bei Störungen der Darmfunktion wohl an Bildung stark toxischer Oxydationsprodukte gedacht werden muß, die eventuell resorbiert, schädliche Wirkungen entfalten können. Durch mehrfach wiederholte Injektionen wird die Aufnahmefähigkeit der speichernden Organe offenbar erhöht, ihre depotbildende Eigenschaft also gesteigert. Das Nervensystem bleibt bei allen Präparaten selbst ganz frei. Nur das Neosalvarsan zeigt für die Hüllen des Zentralnervensystems eine gewisse Vorliebe. Es wird also besonders da gute Dienste leisten, wo die Beeinflussung eines meningealen oder zerebralen Herdes beabsichtigt ist, denn es ist anzunehmen, daß aus den Meningen dann auch Spuren in den Liquor übergehen, was beim Altsalvarsan nicht in dem Maße wahrscheinlich ist.

1914, Bd. 120, H. 3.

Über die Plasmazellen bei Epitheliomen der Haut, von Peyres-Bern. Bei Hautkarzinomen der verschiedensten Art, wenn sie ulzeriert, aber auch wenn sie das nicht sind, kommen Plasmazellen außerordentlich häufig und oft in sehr großen, selbst tumorartigen Ansammlungen vor, ohne daß man bisher bestimmte Regeln aufstellen konnte über ihre Beziehungen zu bestimmten Formen der Epitheliome oder zu ihrer Wachstums- resp. Rückbildungstendenz.

Über einen Fall von Ulcus perforans mit Neurinom am Nervus tibialis, von Inga Saeves-Kristiania. Bei einem Fall von Malum perforans fand sich am Nervus tibialis ein Tumor, der pathologisch-anatomisch als Neurinom zu diagnostizieren ist.

Experimentelle Untersuchungen über die Ablagerung von Cholesterinfetten im subkutanen Bindegewebe, von N. Anitschkow-Freiburg i. Br. Bei einer künstlichen Erhöhung des Cholesteringehaltes findet im Organismus eine reichliche Ablagerung von anisotropen Fetttropfen in die Makrophagen (Klasmozyten) des Bindegewebes statt, die sich dabei in typische Xanthomzellen verwandeln. Wenn dabei infolge eines lokalen entzündlichen Reizes eine Anhäufung von Makrophagen stattfindet, so wandeln sich auch diese Makrophagen auf gleiche Weise, d. h. infolge einer Infiltration mit Cholesterinfetten in Xanthomzellen um, und es kommt zu bedeutenden Ansammlungen dieser sehr charakteristischen Zellformen, ein Prozeß, den man morphologisch und pathogenetisch in Parallele zu den Xanthelasmen des Menschen stellen kann.

Radiumtherapie äußerer Erkrankungen, von L. Halberstaedter-Berlin. Die Wirkung der Radiumbehandlung ist eine örtliche und direkte, bestehend aus Veränderungen der innerhalb des Strahlenbereiches gelegenen normalen und pathologischen Gewebe und zweitens eine allgemeine oder indirekte auf den gesamten Organismus. Von gutem Einfluß war die Radiumtherapie bei Ekzem, Psoriasis vulgaris, Angiomen resp. Kavernomen, Keloiden; bei Lupus vulgaris waren die Erfolge meist sehr befriedigend; dagegen trat die günstige Einwirkung der Radiumstrahlen besonders bei Kankroiden und Karzinomen der Haut hervor, ebenso bei Verrucae seniles; bei Sarcoma idiopathicum war der Einfluß sehr gering. Die Leuplakie wurde mitunter günstig beeinflußt, ebenso Drüsenaffektionen.

Der Icterus syphiliticus praecox unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden akuten gelben Leberatrophie, von Max Michael-Berlin. Im

Digitized by Google

primären und sekundären Stadium der Syphilis, in seltenen Fällen bereits vor Ausbruch des Primäraffektes, tritt mitunter Ikterus auf. Dieser Ikterus ist als durch die Syphilis bedingt anzusehen, wenn andere ätiologische Momente fehlen, wenn in seinem Gefolge Exantheme und Drüsenschwellungen auftreten und der Ikterus schlecht oder gar nicht auf die gewöhnliche diätetische, dagegen gut auf antisyphilitische Therapie reagiert. In ca. 10% der Fälle tritt im Verlauf des syphilitischen Ikterus eine akute gelbe Leberatrophie auf, die mit vier Ausnahmen bisher zum Tode geführt hat. Die bisherigen hauptsächlichen Theorien über die Entstehung des Icterus syphiliticus genügen meist prinzipiell zu seiner Erklärung. Es handelt sich vielmehr entsprechend der Auffassung Buschkes wohl meist um eine durch die syphilitische Infektion bedingte toxische parenchymatöse Hepatitis, die alle Übergänge von rein funktionellen Leberzellstörungen bis zu vollständiger Zerstörung des Leberparenchyms, der akuten gelben Leberatrophie aufweisen kann. Therapeutisch kommt nach den Erfahrungen der Buschkeschen Abteilung das Quecksilber in Form von Schmierkur und neben anderen Quecksilberpräparaten das Kalomel in Betracht.

Beitrag zur Genese der weichen Fibrome, nebst Bemerkungen über das Vorkommen von elastischen Fasern im Epithel, von Karl Lennhof-Bern. Die primäre Ursache liegt im Epithel, der aus irgend welchen anderen unbekannten Gründen unverändertes Elastin umwächst, aus seinem Zusammenhang löst und forttransportiert, oder die primäre Ursache liegt im elastischen Gewebe, das verändert oder schon zugrunde gegangen ist und dann entweder durch den Lymphstrom, eventuell auch durch mechanische Momente das Epithel verschleppt wird oder als nekrotisches Material das Epithel zur Wucherung und Umwachsung veranlaßt.

Untersuchungen über Kutanreaktionen mit Organextrakten bei Syphilitikern, von Harald Boas und Jörgen Stuhup-Kopenhagen. Die Versuche der Verfasser bestätigen die von anderer Seite gefundenen Resultate, daß eine positive Kutanreaktion mit syphilitischem Organextrakt bei tertiärer Syphilis konstant ist, zeigen aber auch zugleich, daß man mit Extrakten gewöhnlicher Bubonen nach Ulcera venerea, wie mit syphilitischen Extrakten dieselben Resultate erreichen kann. Die Kutanreaktion wird vermutlich von einer veränderten Empfänglichkeit der Haut der Syphilitiker und nicht von einer spezifischen Immunitätsreaktion herrühren.

Über Ekthyma gangraenosum im Verlauf von Masern, von Akira Takahashi-Tokio. Man unterscheidet vier verschiedene Formen; die gewöhnliche Form, bei der sich besonders an der Hinterfläche der Beine, dem Fuß und Handrücken aus Bläschen Pusteln und Geschwüre entwickeln, die hämorrhagisch-nekrotische und die phlegmonöse Form, vorzugsweise des Unterleibes und der Genitalgegend, und die furunkulose Form mit der Lieblingslokalisation an Rumpf und Kopf. Die Krankheit befällt fast nur Kinder in den ersten beiden Lebensjahren, kann aber auch sehr selten in höherem Alter vorkommen. Die pathologisch-anatomischen Befunde gleichen denen nach akuten Infektionskrankheiten. Man findet außer den typischen Hautgeschwüren eine septische Milz, degenerative Veränderungen an den parenchymatösen Organen, bronchopneumonische Herde, Schwellungen des lymphatischen Apparates. Die Veränderungen der Haut scheinen an den Schweißdrüsen zu beginnen. Die bakteriologische Untersuchung ergab Streptokokken, Staphylokokken und verschiedene Diphtheroidbazillen, auch im Blut. Alle Fälle traten im Verlauf von Masern auf, durch welche eine Überempfindlichkeit des kranken Organismus gegenüber bakteriellen Infektionen hervorgerufen wird. Die Geschwüre entstehen durch anaphylaktische Vorgänge in der Haut.

Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Brasilianische Gesellschaft für Dermatologie.

Sitzung vom 29. September 1913.

1. Konzentrierte Neosalvarsaninjektionen, von Zopyro Goulart. Verfasser empfiehlt die konzentrierten Neosalvarsaninjektionen. Versuche haben gezeigt, daß eine Hämolyse durch das destillierte Wasser nicht eintritt. Nebenerscheinungen wie Fieber, Erbrechen usw. sind nur in geringem Grade vorhanden. Es darf jedoch nichts von der Lösung in das subkutane Gewebe kommen.

2. Mikrosporon lanosum, von Ed. Rabello. Demonstration der Kultur.

3. Phagedänisches Ulcus tropicum, von Ed. Rabello. Verfasser hat in allen diesen Fällen die fuso-spirilläre Symbiose gesehen. Zur Sicherstellung der Diagnose ist die mikroskopische Untersuchung erforderlich, da die Geschwüre auf Salvarsan ebenso prompt reagieren wie Syphilis.

Sitzung vom 31. Oktober 1913.

1. Fälle von Tinea, von Ed. Rabello. Verfasser berichtet über zwei Fälle von Erkrankung des behaarten Kopfes bei Kindern von fünf und sechs Jahren; die Kultur ergab Mikrosporon lanosum. Ein dritter Fall betraf einen 20jährigen Kranken, der am rechten Handgelenk und am Halse zirkuläre Herde hatte mit roten, von Bläschen besetzten krustösen Rändern; das Zentrum war dunkel, von lichenoidem Aussehen. Mikroskopisch und kulturell wurde ein Pilz gefunden, der rötliche, flaumige Kolonien bildete und manchmal bei Ekzema marginatum gefunden worden war.

Machado weist darauf hin, daß die Infektionen mit Ekzema marginatum immer häufiger werden; sie gehen von Haustieren aus.

2. Fall von Leishmaniose, von Werneck Machado. Es fanden sich Ulzerationen auf der Oberlippe und den Nasenflügeln, begleitet von starker Gewebsinfiltration; auf der Nasenschleimhaut kleine Granulationen. Durch innerliche Verabreichung von Ichthyol und Chinin wurden die Erscheinungen fast beseitigt.

3. Granuloma ulcerosum tropicum, von Ed. Rabello. Seitdem die Diagnose leichter ist, sind die Fälle dieser Krankheit in Brasilien häufiger. Verfasser hat drei Fälle in Behandlung; bei dem einen sitzen die Herde in den Leistenbeugen, am Perineum und um den Anus, bei den beiden anderen am Penis. In Abstrichen wurden Donovansche Körperchen gefunden. Die Therapie besteht in intravenösen Injektionen von Tartarus stibiatus.

4. Ainhum, von Mario Toledo. Bei der 27jährigen Kranken aus Bahia war die linke kleine Zehe weich, klumpig, im Begriff der spontanen Amputation. Das Leiden begann vor acht Jahren.

Goulart weist darauf hin, daß Ainhum selten in so jungem Alter entsteht. Bemerkenswert ist ferner der Umstand, daß die Patientin nie barfuß ging; das spricht gegen die traumatische Ätiologie der Erkrankung.

Sitzung vom 28. November 1913.

1. Fall zur Diagnose, von Ed. Rabello. Verfasser zeigt einen 22jährigen Brasilianer, der seit einem Jahre ein Geschwür am linken Mundwinkel hat, das auf die Schleimhaut der Unterlippe und die Wange übergreift. Stellenweise sieht es wie Blastomykose aus, stellenweise ist aber die Zerstörung tiefer als gewöhnlich bei dieser Krankheit. In Ausstrichen keine Blastomyzeten. Die Submaxillardrüsen sind etwas geschwollen und dolent.

Vianna hält die Affektion für ein Epitheliom und fordert histologische Untersuchung.

Lutz weist darauf hin, daß die Parasiten nicht nur in Abstrichen, sondern auch in Schnitten gesucht werden müssen.

Digitized by Google

2. Salvarsan bei Blastomykose, von Ed. Rabello. Obwohl Verfasser Mißerfolge von Salvarsan gesehen hat, will er es infolge anderweitiger günstiger Erfahrungen doch wieder bei einem refraktären Fall versuchen.

3. Einige Formen von Leishmania furunculosa, von G. Vianna. In Abstrichen von Hautgeschwüren hat Verfasser alle Stadien der Teilung an den Parasiten finden können. Ferner sah er Degenerationsformen. In den Schnitten von der Nasenschleimhaut eines erkrankten Hundes sah Verfasser Leishmania in den glatten Muskelfasern einer Arteriole.

4. Trichophytie der Fußsohlen, von Ed. Rabello. Der 22jährige Kranke litt an einer rezidivierenden Affektion der Fußsohlen, bestehend in teils isolierten, teils bogenförmig angeordneten Pusteln. Die Kultur ergab ein Trichophyton.

5. Fälle von Tinea, von Ed. Rabello. Erkrankt war die Kopfhaut zweier Knaben; kulturell wurde Mikrosporon lanosum nachgewiesen.

Goulart fand in einem Herd an der rechten Wange eines Knaben denselben Pilz.

6. Ainhum, von G. Vianna. Demonstration von Photographien.

Sitzung vom 27. Dezember 1913.

1. Ulcus molle serpiginosum, von Ed. Rabello. Bei dem 40jährigen Patienten trat vor 24 Jahren ein weicher Schanker mit konsekutivem, rechtsseitigem Bubo auf. Das Geschwür kroch im Laufe der Jahre über den ganzen Stamm und hinterließ derbe Narben. Gegenwärtig finden sich Geschwüre auf der linken Schulter, am Kreuzbein und am linken Oberschenkel; sie sitzen in livider Haut und sehen ulzerierten Gummen ähnlich. Wassermann negativ, Salvarsan und Quecksilber ohne Erfolg; Kultur negativ. Histologisch fand sich eine chronische Entzündung mit zahlreichen Riesenzellen. In Abstrichen sah man den Ducreyschen Bazillen ähnliche Keime.

Lutz vermißt die Kettenform, glaubt aber, daß diese in Schnitten zu finden sein wird.

2. Generalisiertes ulzeröses Syphilid, von Werneck Machado. Eine Patientin in sehr herabgekommenem Ernährungszustande hatte am ganzen Körper syphilitische Geschwüre. Verfasser injizierte ihr, in der Absicht, den Allgemeinzustand zu heben, physiologische Kochsalzlösung in steigenden Dosen. Zu seinem Erstaunen wurde nicht nur das allgemeine Befinden gebessert, sondern es überhäuteten sich auch die Geschwüre. Verfasser hat schon einen ähnlichen Fall gesehen. Richard Frühwald-Leipzig.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

Juli 1914, Bd. 2, H. 6.

Zur Diagnose und Therapie der Fremdkörper der Harnblase der Frau, von B. Ottow-Dorpat. In die Blase gelangen Fremdkörper durch die natürlichen Blasenostien, die Ureteren und die Harnröhre, oder aber perforativ, die Blasenwand durchbrechend aus Nachbargebieten in das Cavum vesicae. Die Entfernung geschieht durch die Harnröhre mittels Faßzangen, oder durch die Lithotrypsie und schließlich durch die suprasymphysäre und vaginale Eröffnung der Harnblase.

Unsere Erfahrungen über Prostatektomie, von Hans Gallus Pleschner-Wien. Die Operationsmortalität ist durch genaue Auswahl der Fälle und besonders durch Berücksichtigung des Zustandes von Herz und Nieren auf einige wenige Prozent zu verringern. Durch die Verwendung des Pezzerverweilkatheters ist ein rascherer und unkomplizierter Heilungsverlauf zu erzielen.

Über Dauererfolge der perinealen Prostatektomie, von Wildbolz-Bern. Gegenüber der Freyerschen Operationsmethode lobt der Verfasser das offene Verfahren

Digitized by Google

der Prostatektomie; denn es gewährt neben den Vorzügen aller offenen perinealen Methoden: der guten Dränage und der Möglichkeit genauer Blutstillung, außerdem den Vorteil, jede Form der Prostatahypertrophie, auch die mit bereits ausgesprochener karzinomatöser Degeneration, ohne wesentliche Schwierigkeiten, sauber unter Leitung des Auges entfernen zu können und zwar ohne großes Risiko nachfolgender Urininkontinenz oder Fistelbildung. Verfasser beschreibt sehr genau seine Operationsmethode.

Über Extraduralanästhesie (Sakralanästhesie) in der Chirurgie und Urologie, von Th. Goldenberg-Nürnberg. Die Eingriffe, bei denen die Anästhesie ausgeführt wurde, waren: Urethrotomia externa, Abscess periproct, Spaltung einer hochgradigen Paraphimose, Kauterisation eines progred. Ulcus molle, Phimosenoperation, Kolporrhaphie und Plastik, Hämorrhoidenexstirpation. Zur Anästhesie wendet der Verfasser an Novocain 0,45, Natr. bic. puriss. pro analysi (Merk), Na. chlor. aa 0,12, Mf. pulv. N. I, in 30 ccm Aq. dest. gelöst mit 5 Tropfen Suprarenin.

Zum Katheterismus à la suite des Ureters, von S. R. Picker-Budapest. Der Verfasser wendet folgende Methode an: Nachdem nach Einführung des filiformen Bougies in den Ureter und Entfernung des Zystoskops der Bronzestab angeschraubt ist, wird zunächst das Hilfsinstrument über die Leitsonde in die Blase eingeführt. Man läßt das Spülwasser ablaufen. Man schiebt das Hilfsinstrument ungefähr 1 cm weiter in der Richtung des katheterisierten Ureters. Der mit Paraffin. pur. liqu. innen und außen geschmeidig und gleitend gemachte Katheter kann über die Leitsonde geschoben, in den Ureter eingeführt und bis zu dem Nierenbecken vorgeschoben werden. Ist man im Nierenbecken, entfernt man den metallenen Führungsstab und die Leitsonde. Indiziert ist diese Anwendung des Hilfsinstrumentes, wenn man aus der Niere größere eingedickte Eitermengen ableiten und das Nierenbecken gut drainiert halten will und die Einführung eines stärkeren Zystoskopes, mittels welchem man einen Katheter Charrière 8 oder 9 hinaufbringen könnte, nicht angeht.

Über die chirurgische Behandlung des Prostatakarzinoms, von Schapiro-Bern. Verfasser berichtet über günstige Erfolge durch die perineale Prostatektomie und illustriert diese durch zehn ausführliche Krankengeschichten. Die funktionellen Resultate der Operation waren bei allen Patienten ausgezeichnet. Alle Operierten entleerten ihre Blase ohne Schmerzen und ohne Schwierigkeiten vollkommen. Es wurde fast die ganze Pars prostatica urethrae entfernt und zudem, wenn nötig, mitsamt der Prostata die Samenblasen, dazu die Anfangsteile der Vasa deferentia. Die Sphinkteren der Harnwege wurden möglichst geschont. Deshalb wird die Urethra nicht in der Pars membranacea durchtrennt, sondern wenn möglich bereits in der Pars prostatica.

Zur Extraduralanästhesie bei urologischen Untersuchungen und Operationen, von A. v. Lichtenberg-Straßburg. Es ist überraschend, mit welcher Leichtigkeit eine schwer tuberkulöse Blase sich in Extraduralanästhesie untersuchen läßt. Dadurch wird eine exakte Untersuchung bei vielen Fällen von schwerster Nieren- und Blasentuberkulose ermöglicht. Ebenso lassen sich in Extraduralanästhesie eine ganze Reihe von Operationen am Penis und an der Harnröhre ausführen. Verfasser hat viermal transvesikale Prostatektomien in Extraduralanästhesie ausgeführt, die allen Fällen schmerzlos durchgeführt wurden. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Histopathologische Befunde am Zentralnervensystem syphilitischer Kaninchen, von G. Steiner-Straßburg i. E. (D. m. W., 1913, Nr. 21.) Verfasser teilt nur Gehirnbefunde mit von Kaninchen, die infolge Impfung mit syphilishaltigem Material teils intratestikular, teils intravenös, klinisch an Syphilis erkrankt waren. Die bindegewebigen Hüllen wie auch die Gefäße ließen eine deutliche entzündliche Gewebsreaktion erkennen in Form von mehr oder weniger herdförmigen Zellinfiltrationen; der Nachweis primärdegenerativer Erscheinungen mißlang. Die infiltrierenden Zellen bestanden fast ausschließlich aus typischen Plasmazellen und Lymphozyten. Diese herdartigen Zellinfiltrationen fanden sich auch in einzelnen Spinalganglienzellengruppen, ferner in der Großhirnrinde, hier als typische, rein adventitielle Infiltrationen, schließlich noch im Perineurium einzelner Spinalnervenbündel. Am deutlichsten zeigten sich diese entzündlichen Veränderungen in den mehr kaudalwärts gelegenen Teilen des Rückenmarks. Fischer-Dresden.

Weitere Mitteilungen über Spirochätenbefunde bei Kaninchen, von L. Arzt und W. Kerl. (W. kl. W., 1914, Nr. 29.) Bei Kaninchen findet sich eine der Pallida sehr ähnliche Spirochäte, welche flache Ulzerationen im Bereiche der Genitalien und an anderen Körperöffnungen hervorruft. Sie befällt einzelne Zuchten, während andere völlig frei sind. Auch zu Drüsenschwellungen kommt es, wobei in denselben der Erreger nachweisbar ist. Eine Impfstelle entwickelte 27 Tage später Ulzerationen. Die Impfung gelang von einem Kaninchen auf das andere, während eine Übertragung auf zwei Affen resultatlos verlief. Vörner-Leipzig.

Über den Nachweis der Spirochäten des Paralytikergehirns im Tierexperiment, von H. Berger-Jena. (M. m. W., 1913, Nr. 35.) Es ist Verfasser gelungen, den Beweis zu erbringen, daß sich im Gehirn der Paralytiker lebensfähige Spirochäten befinden, welche, auf Tiere übertragen, auch weiter leben und zu pathologischen Prozessen führen können. Er führte bei 20 Paralytikern Hirnpunktionen aus, bei denen er in leichter Narkose in die Frontalpartie mit den Pfeifferschen Bohrern und Kanülen einging und kleine Zylindergehirnsubstanz aus der ersten Frontalwindung entnahm. Der Eingriff scheint im allgemeinen gut vertragen worden zu sein; allerdings sind vier von den Patienten (darunter einer mit unerkannter Hämophilie) relativ bald nachher gestorben. Die Hirnmasse wurde sofort mit physiologischer NaCl-Lösung verrieben und auf Kaninchen durch Einspritzen in die Hoden übertragen. Die Tiere wurden nach vier Monaten oder beim Auftreten von pathologischen Erscheinungen schon früher getötet. Bei 17 Versuchstieren war das Resultat negativ, aber in drei Fällen gelang es, wohl charakterisierte Spirochäten, wenn auch in geringer Zahl, am Hoden und dessen Umgebung nachzuweisen. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen waren dabei allerdings nicht erheblich, fehlten sogar teilweise gänzlich, doch haben auch andere Verfasser eine sehr lange Inkubationszeit bei der Impfung von Syphilis auf Kaninchen konstatiert.

Philippi-Salzschlirf.

Positive Resulsate nach Impfung von Kaninchen mit Substanz eines paralytischen Gehirns; vorläufiger Bericht, von Henry J. Nichols und William H. Hough-Washington. (J. Am. m. Assoc., 12. Juli 1913.) Mit der Emulsion eines frischen paralytischen Gehirns mit negativem Pallidabefund, wurden zwei Kaninchen intratestikulär

Digitized by Google

geimpft. Ein Kaninchen blieb völlig negativ; bei dem anderen traten an einem Hoden vorübergehende, aber nicht charakteristische Veränderungen auf, während auf beiden Augen völlige interstitielle Keratitis beobachtet wurde. WASSERMANN-Reaktion positiv. In den Testikeln wurden weder pathologisch-anatomische Veränderungen, noch Spirochäten gefunden. Mit Stückchen der Kornea wurden zwei weitere Kaninchen geimpft, von denen wieder eins völlig negativ blieb. Bei dem zweiten entstand in einem Testikel ein sehr kleiner Knoten ohne Pallidae; später wurde auf beiden Augen eine disseminierte Chorioiditis festgestellt. WASSERMANN-Reaktion positiv. Nach einer Überimpfung der Chorioidea entstand in einem Kaninchenhoden ein kleiner typischer, harter Knoten; Spirochätenbefund auch hier negativ. Trotz wiederholten negativen Spirochätenbefundes glauben die Verfasser, daß es sich um Erscheinungen von Syphilis handelte; sie glauben, daß mehrmalige Tierpassagen nötig sind, um die Pallidae an den neuen Organismus zu gewöhnen, und daß dann erst unzweideutige Veränderungen an den Hoden auftreten.

Fendt-Wiesbaden.

Können Kaninchen mit dem Blut von Paralytikern syphilitisch infiziert werden? Untersuchungen über den Nachweis des Virus in den späteren Stadien der Syphilis, von WILLIAM W. GRAVES-St. Louis. (J. Am. m. Assoc., 25. Oktober 1913.) Verfasser berichtet über seine Versuche, den Syphiliserreger bei Patienten in den späteren Stadien der Erkrankung, besonders bei Tabikern und Paralytikern, nachzuweisen und zu kultivieren. Seit mehr als drei Jahren arbeitet er mit dem Blut und der Spinalflüssigkeit von annähernd 500 Syphilitikern. Blut und Spinalflüssigkeit wurden nach allen Richtungen untersucht: in nur einem Fall von Lues spinalis wurden in der Spinalflüssigkeit durch Dunkelfeldbeleuchtung Pallidae nachgewiesen; im Blut gelang dies nur in zwei Fällen, die sich beide im eruptiven Stadium der Erkrankung befanden. Die negativen Befunde ließen den Verfasser, wie auch schon viele andere Verfasser, daran denken, daß man in dem Entwicklungszyklus der Spirochäte mit einem sporenähnlichen Stadium rechnen muß. Er kultivierte daher Blut und Spinalflüssigkeit in vitro; jedoch verliefen ungefähr 200 Untersuchungen ergebnislos. Alle Befunde erwiesen sich als Täuschung oder als Verunreinigung. Schließlich gelang dem Verfasser die Kultur der Pallida doch mit dem Blut von zwei chronischen Syphilitikern, unter 130, auf einem NOGUCHIschen Nährboden. Fünf Kaninchen wurde intratestikulär Blut von fünf Patienten, vier Paralytikern, einem Taboparalytiker, injiziert. Das Blut von zwei Paralytikern erwies sich bei zwei Kaninchen als infektiös; typische Spirochaetae pallidae konnten nachgewiesen werden.

Fendt-Wiesbaden.

Die Überimpfung der Spirochaeta pallida von paralytischen Gehirnen auf Kaninchen, von HIDEYO NOHUCHI-New York. (J. Am. m. Assoc., 12. Juli 1913.) NOGUCHI hat bei seinen weiteren Untersuchungen in fast 25% in den Gehirnen von Paralytikern Pallidae gefunden. Es sollte die Frage gelöst werden, ob die in den Gehirnen enthaltenen Spirochäten beim Tierversuch Erscheinungen der primären und sekundären Syphilis hervorzurufen vermöchten. Sechs frische Gehirne von Paralytikern standen zu den Versuchen zur Verfügung; in einem konnten Pallidae nachgewiesen werden. Mit den Emulsionen dieser sechs Gehirne wurden 36 Kaninchen geimpft. Bei zwei Kaninchen, die mit Emulsion von demselben Gehirn geimpft waren, entwickelten sich, einmal nach 92, das andere Mal nach 105 Tagen, typische syphilitische Sklerosen, in denen typische Spirochaetae pallidae nachgewiesen wurden. Der geringe Prozentsatz der positiven Resultate beruht wahrscheinlich auf dem geringen Spirochätengehalt der Gehirne.

Fendt-Wiesbaden.

Befund von Treponema pallidum im Gehirn eines syphilitischen Kaninchens, von A. FONTANA und G. SANGIORGI-Turin. (Pathologica, 1913, Nr. 121.) Die Verfasser

Digitized by Google

stellten aus der Hirnsubstanz (Stirnlappen) eines im Juni 1913 mit syphilitischem Virus dritten Überganges geimpften Kaninchens, bei dem sich etwa 20 Tage nach der Impfung zwei Sklerosen am Skrotum und eine Leistendrüsenschwellung entwickelten und das nach weiteren zwei Monaten einer nicht luetischen Krankheit erlag, mehrere Ausstrichpräparate her, die sie nach der FONTANAschen Methode färbten, und fanden in einem derselben eine Spirochäta, die sie für ein Treponema pallidum halten. K. Rühl-Turin.

Über die Widerstandsfähigkeit lokaler Spirochätenherde gegenüber kombinierter Luesbehandlung, von FRITZ FISCHL-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 37.) An der Klinik RIEHLS bekommen Patienten mit frischer Syphilis gewöhnlich dreimal Salvarsan in steigender Dosis und zwischen denselben 15 Einreibungen oder sechs Hydrargyrum bicyanatum-Injektionen. Die bei diesem Vorgehen scheinbar makroskopisch geheilten Sklerosen wurden nachträglich exzidiert und histologisch und bakteriologisch auf Spirochäten untersucht. Die positiven Befunde führen Verfasser zu der Forderung, die Sklerose in allen Fällen zu exzidieren oder wenigstens nach Tunlichkeit zu zerstören.
W. Lehmann-Stettin.

Über die Widerstandsfähigkeit lokaler Spirochätenherde gegenüber reiner Salvarsantherapie, von WECHSELMANN und ARNHEIM-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 19.) Es ist erwiesen, daß an Stellen, wo Luesmanifestationen etabliert waren, auch nach deren klinischer Abheilung noch Spirochäten sitzen können, die auf Tiere geimpft werden können. In der RIEHLschen Klinik Wien ist in drei Fällen durch die kombinierte Behandlung eine Sterilisation des Primäraffektes nicht gelungen. Verfasser veröffentlichen sieben Fälle von Lues, die intensiv mit Salvarsan bzw. Neosalvarsan behandelt worden sind. Am Ende der Kur wurden die Sklerosen exzidiert. Weder im Dunkelfeld noch durch Tierimpfung konnten Spirochäten nachgewiesen werden. So liegt in der energischen Ausgestaltung der ersten Kur bei Syphilitikern im ersten Stadium bis zur völligen Sterilisation der Schwerpunkt der Therapie. Junghans-Dresden.

Über Teilungsformen der reingezüchteten Syphilisspirochäten, von H. NAKANO-Tokio. (D. m. W., 1913, Nr. 22.) Auf Grund zahlreicher Beobachtungen an Reinkulturen der Spirochaeta pallida, sowohl im toten Zustande in gefärbten Präparaten, als auch ganz besonders im lebenden unter dem Dunkelfelde, glaubt Verfasser zu der Annahme berechtigt zu sein, daß, wenn eine Teilung erfolgt, diese sich in querer und nicht in der Längsrichtung vollzieht. Fischer-Dresden.

Spirochäten im Blute von Paralytikern, von LEVADITI. (Bull. méd., 1913, Nr. 92.) Verfasser hat das nicht defibrinierte Blut von fünf progressiven Paralytikern, einem Tabiker und einem auf Syphilis verdächtigen Manischen auf Kaninchen subskrotal und intratestikulär verimpft. Eines der Tiere zeigte nach drei Wochen ein kleines Knötchen; nach 127 Tagen bestanden auf beiden Hodenrücken leicht erodierte, krustöse, konfluierende Papeln; die Basis war verdickt, leicht ödematös. Im Dunkelfelde fanden sich typische Spirochäten. Der Kranke, von dem das Blut stammte, hatte sich vor 15 Jahren infiziert und war seit zwei Jahren typischer Paralytiker; sein WASSERMANN war positiv. Verfasser meint, daß die Spirochäten nur zeitweise, vielleicht vor dem oder im Insult, im Blute von Paralitikern kreisen. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Spirochäte im Gehirn der Paralytiker, von C. LEVADITI, A. MARIE und J. BANKOWSKI. (Ann. de l'inst. Pasteur, 1913, Nr. 7.) Verfasser haben in neun Gehirnen von Paralytikern achtmal im Dunkelfeld oder Ausstrich, nur einmal mit der Imprägnationsmethode Spirochäten nachgewiesen. Alle acht Patienten waren an des Folgens eines apoplektischen Insultes gestorben. Die Menge der Spirochäten war verschieden; auffallend war, daß diese in umschriebenen Herden angesammelt waren und an anderen Stellen dagegen fehlten. Sie fanden sich nur in der Rinde; einmal auch

Digitized by Google

im Inhalte des linken Seitenventrikels. Im Gehirn eines Pseudoparalytikers fehlten Spirochäten. Die Verfasser geben daher folgende Erklärung der Pathogenese der progressiven Paralyse: Diese ist bedingt durch die schubweise erfolgende Aussaat von Spirochäten und durch die dadurch hervorgerufenen Läsionen. Die Spirochäten lokalisieren sich hauptsächlich im Vorderhirn. Man kann einen Vergleich mit den schubweise auftretenden Hauterscheinungen ziehen; die restierende Rindensklerose entspricht der postschankrösen Induration. Die paralytischen Insulte scheinen den Spirochätenausschwemmungen zu entsprechen. Wenn in einem Herd im Gehirne die Spirochäten verschwinden, nachdem sie irreparable Veränderungen gesetzt haben, entsteht ein neuer; daher kommt es, daß die am meisten affizierten Partien nicht immer die meisten Spirochäten enthalten. Richard Frühwald-Leipzig.

Lebende Spirochäten bei Paralysis progressiva, von J. Geber und L. Benedek-Budapest. (Orv. Ujsag. 1913, Nr. 37.) Die Verfasser nahmen in sieben Fällen bei „Dunkelfeld" Untersuchungen vor, aber das Ergebnis war bis zu Ende negativ. Bei Fortsetzung der Untersuchung fanden sie jedoch in dem (acht Stunden nach dem eingetretenen Tode) eröffneten Schädel im Gehirn lebende Spirochäten. Der Fall war deshalb zur Spirochätenforschung geeinget, weil die paralytischen Delirien den Superlativ der endogenen Intoxikation bieten. In dem aus dem Gyrus centralis anterior angefertigten frischen Präparate fanden die Verfasser im „Dunkelfeld" lebende, ein wenig träge, sich aber typisch bewegende Spirochäten. Porosz-Budapest.

Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei früh- und spätsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, von M. Versé-Leipzig. (M. m. W., 1913, N. 44.) Nach dem Vorgang von Noguchi hat Verfasser bei Paralytikern und Tabikern auf das Vorhandensein von Spirochäten untersucht. Unter fünf Paralytikerhirnen lieferte allerdings nur einer ein positives Ergebnis mit vereinzelten Exemplaren in der Rinde des Parietallappens. Das Präparat war längere Zeit in Formol aufbewahrt worden, und diesem Umstand schreibt Verfasser eine wesentliche Erleichterung in der Auffindung der Mikroorganismen zu. Ferner wurden drei Fälle von Taboparalyse mit negativem Ergebnis untersucht; dagegen lieferten unter vier Fällen von reiner Tabes wenigstens zwei einen Befund, der wohl als positiv anzunehmen ist, wenn auch die als Spirochäten angesprochenen Gebilde nicht die volle sonst übliche Größe aufwiesen. Auch lagen dieselben nicht direkt im Rückenmark, sondern in resp. an den Spinalganglien und in den Nervenwurzeln. Philippi-Salzschlirf.

Untersuchungen über die Spirochäte des Paralytikergehirns, von Forster und Tomaszewski. (D. m. W., 1914, S. 694.) In 61 mittels der Neisser-Pollackschen Hirnpunktion untersuchten lebenden Fällen fanden die Verfasser 27 mal (in 44%) Spirochäten, welche die bekannten typischen Eigenschaften der Pallida im Dunkelfeld hatten. In drei solchen positiven Fällen waren in Giemsa-Präparaten die Parasiten nicht wiederzufinden. Wenn man aber dieselben Präparate nach Fontana und Tribondeau in Formol fixierte, dann mit einer ammoniakalischen Silberlösung beizte und mit Tannin nachbehandelte, so ließen sich die schwarzbraunen Gebilde leicht auffinden. Sicher positive Resultate bei Verimpfung von Paralytikergehirn auf Kaninchenhoden haben Noguchi, Uhlenhuth und Mulzer, Berger berichtet, wobei jedoch die geringe Zahl der Erfolge, die lange Inkubation und die Geringfügigkeit der Erscheinungen hervorzuheben sind. Die Tierversuche der Verfasser sind negativ ausgefallen. Dieses Ergebnis ist auffallend, da das Impfmaterial lebensfrisch und spirochätenhaltig war. Vergleichsweise wird daran erinnert, daß tertiäre Produkte, in denen fast nie Spirochäten zu finden sind, in der Regel bei Affen übertragbar sind, daß auch andere mit Paralytikerblut und mit Liquor positive Impfresultate erzielt haben. Diese Färb- und Impfresultate legen den Verfassern

Digitized by Google

die Annahme nahe, daß die Spirochäten des Paralytikergehirns von der gewöhnlichen Syphilisspirochäte biologisch abweicht. Auch von seiten anderer Verfasser werden negative Resultate berichtet. Werther-Dresden.

Die Spirochaeta pallida in der Hirnsubstanz bei Paralysis progressiva, von G. B. Frocco und P. Minassian-Venedig. (Riv. Veneta di scienz. m., 1914, Bd. 31, Nr. 3.) Verfasser untersuchten das Gehirn eines unter dem typischen Krankheitsbilde der progressiven Paralyse gestorben alten Luetikers. In den Windungen der Hirnkonvexität (Zona rolandica, Stirnwindungen) waren Spirochäten nachweisbar. Die Windungen der Hirnbasis und der Meningen ergaben einen negativen Befund. K. Rühl-Turin.

Technik der Wassermannschen Reaktion unter spezieller Berücksichtigung der cholesterinhaltigen Antigene, von C. H. Browning-Glasgow. (Lanc., 14. März 1914.) Verfasser wendet sich namentlich gegen die Auslassungen von Thiele und Embleton, welche die Verwendung von Cholesterin als nachteilig für die Reaktion verwerfen. Sie sagten, daß das Cholesterin nur die Wirkung habe, etwaige antikomplementäre Einflüsse bei der Reaktion zu verstärken, und sie empfahlen ihre gereinigten Phosphatiden, die sie aus autolysiertem Gewebe gewannen, als Antigene. B. zeigt, daß gegen diese Ausführungen sich sehr gewichtige Gegengründe beibringen lassen. Um möglichst zuverlässige Resultate zu erzielen, sind, wie er des weiteren darlegt, folgende Momente besonders wichtig: Es muß genau bestimmt werden, wieviel Komplement von der Mischung des (erwärmten) Serums mit dem Antigen absorbiert wird, nach hämolytischen Dosen gemessen und unter Kontrollierung der Mengen des von jedem der Bestandteile einzeln gebundenen Komplementes. Ferner darf nicht außer acht gelassen werden, daß das Komplement immer ein sehr variabeler Faktor ist; es empfiehlt sich, das Serum von mehreren Meerschweinchen, 10—12, zu mischen, um Schwankungen möglichst auszugleichen. Dasselbe kann in der Kälte (— 12° C) längere Zeit aufbewahrt werden. Des weiteren sollen die Probeblutkörperchen durch Zusatz von spezifischem Immunserum (vom Kaninchen) möglichst ausgiebig sensibilisiert werden. Das Antigen soll an sich möglichst wenig hämolytische oder antikomplementäre Eigenschaften besitzen. Ein sehr brauchbares Antigen läßt sich aus alkoholischen Mischungen von Cholesterin mit gewissen anderen Gewebslipoiden herstellen. Philippi-Salzschlirf.

Zur Technik der Blutentnahme für die Wassermannsche Reaktion, von P. Mulzer-Straßburg. (M. m. W., 1913, Nr. 26.) Verfasser beschreibt zwei kleine Instrumente, welche für diesen Zweck an der Straßburger dermatologischen Klinik sich gut bewährt haben. Das eine stellt eine von Wolff angegebene Punktionsnadel dar mit einem längeren, doppelt durchbohrten Konus. Dieselbe wird durch einen durchbohrten Gummistopfen mit einem Reagenzglas in Verbindung gebracht, so daß das Blut aus der Vene direkt in das Glas fließen kann. Der andere Apparat ist ein desinfizierbarer, handlicher Schröpfschnepper mit fünf Klingen für solche Fälle, bei denen das Aufsuchen einer Vene besondere Schwierigkeiten verursacht. Ferner schildert Verfasser eine von ihm noch konstruierte Saugglocke mit Ansatz zur Aufnahme des Blutes. Diese Glocke ist ganz ähnlich der von Sormani angegebenen. Die Instrumente sind von der Firma Streißguth in Straßburg zu beziehen. Philippi-Salzschlirf.

Zur Technik der Blutentnahme für die Wassermannsche Reaktion, von O. Raab. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 1.) Um die Wassermannsche Reaktion bei Erwachsenen wie bei Kindern jederzeit unauffällig und sicher vornehmen zu können, empfiehlt Verfasser folgendes Verfahren für die Blutentnahme an dem 2., 3. oder 4. Finger: Man hält sich beim Einstich an die Grenzen des mittleren und äußeren Drittels der Volarflächen der letzten Fingerglieder, also ungefähr an die Stelle, wo in der Tiefe die Art. digit. vol. prof. verlaufen und benutzt ein zweischneidiges Skalpell. Patient erhält an

Digitized by Google

obiger Stelle rechts und links zwei kleine Stiche, wobei kaum Schmerzgefühl auftritt. Hierauf senkt der Arzt den Arm des Patienten, abduziert ganz leicht und gewinnt, mit rhythmischem Drücken des Fingers oberhalb der Stichflächen, in ein paar Minuten leicht die nötige Menge Blutes. Das Verfahren hat sich dem Verfasser stets bewährt.

Haas-Hamburg.

Zur Frage der zur Wassermannschen Reaktion nötigen Blutmenge, von F. Duhot. (Soc. de biol., 10. u. 17. Jan. 1914.) Der Verfasser nahm bei Ausführung der Wassermannschen Reaktion statt 0,5 ccm Serum 0,5 ccm einer Flüssigkeit, die er erhielt, wenn er 0,5 ccm Serum oder 10 Tropfen Blut mit 4,5 ccm physiologischer Kochsalzlösung verdünnte bei einer konstanten Antigendosis von 0,05. Er bekam in 41% der Fälle gleichlautende Resultate, in 28% überlegene und in 30% weniger gute. Die positiven Resultate mit der Originalmethode werden mit der verdünnten Methode nicht negativ. Man kann deshalb in Ausnahmefällen auch eine geringe am Finger entnommene Blutmenge zur Wassermannschen Reaktion verwenden. A. Gunsett-Straßburg.

Zum Wesen der Wassermannschen Reaktion, von Hugo Hecht. (Prag. m. Wschr., 1914, Nr. 25.) Verfasser hat eine besondere Versuchsanordnung getroffen (Herstellung einer besonderen Antigen-Kochsalzemulsion, Verwendung größerer Mengen von Antigen und Serum usw.), in der er eine experimentelle Bestätigung für die theoretische Annahme einer Präzipitation als Grundlage der Komplementbindung bei der Wassermannschen Reaktion erblickt. Das Komplement werde erst sekundär vom Präzipitat gebunden. Das Wesen der Wassermannschen Reaktion wird damit als physikalisch-chemischer Vorgang unspezifischer Natur erklärt. Ernst Klemm-Leipzig.

Beitrag zur Frage über das Wesen der Syphilisreaktion, von Marcus Rabinowitsch-Charkow. (Zbl. f. Bakt., 1913, Bd. 72, H. 1—2, S. 102.) Den wichtigsten Theorien über das Wesen der WR ist allen gemeinsam, daß sie den bei der Reaktion im Luesserum erscheinenden Körpern eine wichtige Rolle zuweisen. Im Widerspruch damit steht die Tatsache, daß auch im Normalserum sowie bei einigen anderen Krankheiten positive Reaktion vorkommt. R. glaubt nun, daß diese merkwürdigen Tatsachen sich leicht erklären lassen, wenn man in der Reaktion einen ähnlichen Prozeß sieht, wie bei der antitryptischen Reaktion, die bekanntlich darauf beruht, daß bei einigen Krankheiten das in jedem Normalserum vorhandene antitryptische Ferment aus dem Blutserum schwindet. Auf Grund entsprechender Untersuchungen glaubt R. die WR als eine fermentative Reaktion auffassen zu müssen, dadurch bedingt, daß im Luesserum ein dem antitryptischen ähnlicher fermentativer Bestandteil — der in jedem Normalserum vorhanden ist und die Komplementbindung oder Vernichtung verhindert — inaktiv wird. Diese Inaktivierung des Antiferments ermöglicht die fermentative Wechselwirkung zwischen dem Komplement, dem Organextrakte und dem inaktiv gewordenen Serum, durch die das Komplement gebunden oder vernichtet wird. Derselbe Prozeß kann auch bei einigen anderen Erkrankungen, während der Narkose, in den Leichenseris wie auch in den Normalseris, die längere Zeit aufbewahrt werden, Platz haben, und deshalb müssen diese sämtlichen Umstände bei der Syphilisreaktion, die keine spezifische Immunitätsreaktion ist, berücksichtigt werden. Da aber die bekannten anderweitigen Fälle, bei denen die Syphilisreaktion zustande kommt, nur sehr spärlich sind und bei der Syphilis sie meistenteils zum Vorschein kommt, so hat sie trotzdem einen großen, mit Recht allgemein anerkannten, praktischen Wert. Oskar Gans-Hamburg.

Untersuchungen über das Wesen der Wassermannschen Reaktion, von H. Nakano-Tokio. (Zschr. f. Hyg., 1913, Bd. 76, H. 1.) Da es N. nicht gelungen war, eine Beziehung der komplementbindenden luetischen Sera zu der von ihm in Reinkultur dargestellten Spirochaeta pallida zu finden, sucht er, den neuesten Anschauungen — daß

Digitized by Google

die körpereigenen Gewebe, wenn sie eine Veränderung erleiden, den Organismus zur Bildung von Antistoffen anregen — folgend, bestimmte Beziehungen zwischen den veränderten Gewebszellen und den Antikörpern luetischer Sera im Sinne der Bestimmung komplementbindender Stoffe zu erfordern. Mit anerkennenswertem Fleiß prüfte der Verfasser nun die verschiedensten Organe der verschiedensten Tiere auf ihre Fähigkeit, die komplementbindenden Stoffe des luetischen Serums zu binden. Diese Bindungskraft besaßen die Organzellen aller Tiere in verschiedenem Maße, sie wurde durch Alkohol- oder Azetonbehandlung oder Erhitzen der Organzellemulsionen auf 100° nicht zerstört. Sind nun Organzellen mit luetischen Seris in Kontakt gewesen, so binden sie ihrerseits nach Entfernung des Serums Komplement, auch wenn sie mit Alkohol, Azeton behandelt oder gekocht wurden. (Verhalten sich wie sensibilisiertes Antigen.) Bei Prüfung des Verhaltens der normalen Hämolysine des Menschenserums gegenüber tierischen Seris stellt sich heraus, daß diese im Sinne einer spezifischen Bindung nur von Meerschweinchenorganen, nicht aber von Kaninchen- und Menschenorganen verankert werden. Auch diese spezifische Bindungskraft für die Hämolysine wird nicht durch Alkohol, Azeton oder Erhitzen gestört. Die mit den Hämolysinen beladenen Meerschweinchenorganzellen wirken nun nicht komplementbindend, und man kann die von den Zellen verankerten komplementbindenden Stoffe durch Absprengen (Erhitzen der mit Luesserum behandelten, dann gewaschenen und mit NaCl aufgeschwemmten Organemulsion auf 50° für 50 Minuten) wiedergewinnen. Demnach sind — wie der Verfasser ganz richtig schließt — die Antigene für die komplementbindenden Stoffe in den Organzellen enthalten, d. h. es muß durch Behandlung der Meerschweinchen mit Organzellen gelingen, eine Wassermannsche Reaktion zu erzeugen. Da dies dem Verfasser auch gelungen ist, so zieht er den für die Erklärung der Vorgänge bei der Wassermannschen Reaktion bedeutsamen Schluß, daß die komplementbindenden Stoffe der luetischen Sera als Autoantikörper anzusehen und demnach spezifische Antikörper gegen Spirochäten bei der WR nicht beteiligt sind. Oskar Gans-Hamburg.

Über die Wassermannsche Reaktion, von Fr. Graetz-Hamburg. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1913, Nr. 15.) Der Verfasser gibt uns einen Überblick über die Art und das Wesen der Wassermannschen Reaktion. Wenn auch eine einheitliche Auffassung über das Wesen der Syphilisreaktion noch nicht besteht, so ist der diagnostische Wert über jeden Zweifel erhaben. Der Verfasser wünscht am Schlusse seines Vortrages, bei der einschneidenden Bedeutung, die gerade die Lues für Staat und Familie besitzt, die Ausführung der Wassermannschen Reaktion zu zentralisieren.

Chrzelitzer-Posen.

Zur klinischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, von Otto Stender. (Petersb. m. Zschr., 1913, Nr. 21.) Besprechung der Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Neurologie, speziell für die Metaluesfrage. Stets muß aber das klinische Bild in den Vordergrund der diagnostischen Erwägungen gestellt werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Der Wert der Wassermannschen Reaktion für die Behandlung und Prognose der Syphilis, von F. Saratzeanu. (Diss., Bukarest 1912.) Auf Grund seiner verdienstvollen und ausführlichen Arbeit und der einschlägigen Literatur gelangt Verfasser zu folgenden Schlüssen. Unter dem Einflusse der spezifischen Behandlungen zeigt die Wassermannsche Reaktion Veränderungen, die aber ungleich sind: in den meisten Fällen nimmt dieselbe ab, wird aber nicht immer negativ. Da der eigentliche Mechanismus dieser Reaktion unbekannt ist, so kann auch nicht gesagt werden, in welcher Weise die verschiedenen Behandlungsmethoden Veränderungen in den Fixationserscheinungen hervorrufen. In bezug auf die Beeinflussung dieser Reaktion besteht kein

Digitized by Google

großer Unterschied zwischen merkurieller und arsenikaler Behandlung. Die Intensität der Reaktion vor der Behandlung spielt keine Rolle; nach einer einzigen Kur kann dieselbe negativ werden, während teilweise positive Reaktionen sich auch nach vorgenommener Behandlung unverändert erhalten können. Diejenigen Hg-Verbindungen, die sich klinisch am wirksamsten erweisen, sowie auch das Salvarsan in Verbindung mit Quecksilber zeigen einen größeren Prozentsatz von Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion. Je frühzeitiger die Behandlung der Krankheit eingeleitet ist, je regelmäßiger und je länger dieselbe fortgesetzt wird, um so größer ist die Anzahl der negativen Reaktionen und die Möglichkeit, dieselben in diesem Zustand zu erhalten. Die Zeit, nach welcher die Reaktion negativ wird, ist wechselnd, sowohl nach der Quecksilberbehandlung, als auch nach jener mit Arsenpräparaten und es muß gesagt werden, daß man durch die Veränderungen der Wassermannschen Reaktion keinerlei Kriterien für die Wahl eines antisyphilitischen Mittels erzielen kann, auch kann auf die größere oder geringere Wirksamkeit eines solchen nicht geschlossen werden. Die Zahl der Beeinflussungen wechselt außerordentlich; dieselbe ist gering bei hereditärer Lues und fast Null bei schwerer Syphilis. Ein Parallelismus zwischen dem Verschwinden der klinischen Symptome und demjenigen der Reaktion besteht nicht, meist verschwindet letztere zuerst, mitunter ist es aber auch umgekehrt. Das Wiederauftreten einer durch die Behandlung negativ gewordenen Reaktion zeigt in den meisten Fällen die Imminenz eines Rezidivs an. Das Bestehen durch längere Zeit einer negativen Reaktion, kann nicht als Beweis einer vollständigen Wirksamkeit der vorgenommenen Behandlung angesehen werden. Die biologische Reaktivierung von Milian kann für die Bestätigung der klinischen Diagnose und bis zu einem gewissen Punkt auch für die Prognose verwendet werden. Die Tatsache, daß die Wassermannsche Reaktion nach 4—5 Jahren dauernder Behandlung noch positiv ausfällt, zeigt, daß in vielen Fällen auch diese Behandlung ungenügend ist, und daß der Patient folglich noch längere Zeit auf seine Krankheit achten muß. E. Toff-Braila.

Verschiedenes.

Der Krieg und die Geschlechtskrankheiten. Der Oberbefehlshaber in den Marken hat unterm 23. November folgende Bekanntmachung erlassen:

„Den in der Stadt Berlin und der Provinz Brandenburg erscheinenden Zeitungen untersage ich für die Dauer des Krieges die Aufnahme von Anzeigen, in denen 1. sich Personen zur Behandlung von Krankheiten oder Leiden, die als Geschlechtskrankheiten bekannt sind, einschließlich ihrer Folgezustände, anbieten; 2. Gegenstände oder Behandlungsmaßnahmen angepriesen werden, welche zur Linderung oder Heilung von solchen Krankheiten dienen sollen. Diese Anordnung erstreckt sich nicht auf Anzeigen ärztlich approbierter Personen.

Der Vorstand der **Sociedad Española de Dermatologia y Sifiliografia** besteht aus Prof. Juan de Azúa y Suárez, Präsident, Dr. José S. Covisa, Generalsekretär Dr. Miguel Serrano, Schatzmeister. Organ der Gesellschaft sind die Actas Dermo-Sifiliográficas (bisher 4 Bände).

Dr. Viktor Blum, Priv.-Doz. Dr. Alfred Brandweiner, Dr. Ernst Eitner und Dr. Wilhelm Lier in Wien, sowie Priv.-Doz. Dr. Alfred Kraus in Prag wurden zu Landsturm-Regimentsärzten auf Kriegsdauer ernannt.

Dr. Floyd Benton Parke, Facharzt für Dermatologie in Elmira, N.Y., ist gestorben.

Dr. Bukk G. Carleton, konsultierender Urologe am Metropolitan und Flower-Hospital in New York, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

Abderhaldensches Dialysierverfahren s. Scharlach.
Abortivbehandlung s. Tripper.
Abszeß. Perityphlitischer 1024; s. auch Urinabszeß.
Abszesse. Metastat. renale u. perirenale, Friedheim 1023.
Achorion gypseum 1308.
Adipositas dolorosa. Natur der, Dobrovici 1046.
Adrenalin n. Salvarsaninjektion, Schwartzmann 971, 1236.
Ätzgeschwüre n. Karbid, Sachs 1100.
Ätznatronwirkung a. d. Nägel e. Glasergehilfen. Progrediente, Oppenheim 1098.
Affen. Subdur. Alt- u. Neosalvarsaninjekt. beim, Ellis u. Swift 923.
— Scharlachinfektionsversuche an, Schleißner 1120.
Ainhum, Toledo 1412, Vianna 1413.
Akanthosis nigricans 1041.
Akne agminata m. bilat. Anschwellung der Tränendrüsen, Gray 1261; s. auch Bromakne.
Albuminurien. Für die Vichy-Trinkkur geeignete, Chaix 1053.
Allergie s. Dermatomykosen.
Alopezie nach Unfall. Totale, Frank 1016.
— Kongenit., familiäre, diffuse, generalisierte, Balzer u. Barthélemy 1065.
Alopecia areata. Epidemische, Davis 969.
— — Biersche Saugglocke bei, Mibelli 1310.
Aluminium lacticum, Perutz 909.
American Medical Association 1030.
— Urological Association 1054.
Amidoazotoluol 1091.
Amöbenzystitis, Fischer 1220.
Anämische Dermographie im Kindesalter, Karasawa 995.
Anästhesie i. d. Urologie. Regionäre u. lokale, Lemoine 1050.
Anaphylaktische Reaktion bei Urtikaria, Widal, Abrami, Brissaud u. Joltrain 995.
Anaphylaxie. Vakzinetherapie und, Ito 1089; s. auch Syphilis I. A.
Anaphylaxieforschung a. Dermatologie u. Venerologie. Einfluß der, Bruck 980.
Angina. Salvarsan bei Vincentscher, Niclot u. Lévy 1054.
Angiolupoid, Breda 1307.
Angiomen. Radium bei, Wickham u. Degrais 887.
Angioma serpiginosum, Pernet 1260.
Angiomatose s. Hautangiomatose.
Angioneurotisch s. Ödem.
Antileprolbehandlung, Kinoshita 1089.
Antimonpräparate b. Spirochäten u. Trypanosomenkrankheiten, Uhlenhuth u. Hügel 909.
*Antiseptische u. trockenwirkende Pulver i. d. Dermatologie, Ney 873.
Anurie inf. Steinbildungen, Frank 1149.
— aus unbekannter Ursache, Bazy 1315.
Arsens i. d. Organen n. Salv.-Injektionen. Lokalisation des, Jeanselme, Vernes, Bertrand u. Bloch 920.
Arsenlähmungen, Obermiller 920.
Arsenpräparate b. experim. Trypanosomiasis. Kombin. d. Silbersalze und, Danysz 920.
Arsenwirkung. Salvarsan- und, Obermiller 923.
*Arthigon, Rohr 1055.
— Klin. u. experim. Studien über, Sabella 1307.
Arzneiüberempfindlichkeit, Pöschmann 1001.
Aspiringebrauch. Hauterscheinungen bei, Kraus 1085.
Atophan. Hautausschläge nach, Phillips 1001.
— Skarlatiniformes Exanthem nach, Herrick 1001.

Digitized by Google

Atoxyllösung. Empfindlichkeit d. Haut gegen, Wittrock 824.
Auge. Hautkrankheiten und, Erdmann 824.
Aurum-Kalium cyanatum b. Hauttuberkulose, Geber 1201.
— — — u. Alttuberkulin bei Lupus, Bettmann 1200.
— — — b. Lupus vulgaris, Poór 1202.
Azetokaustin 878.
Azodolen u. Pellidol i. d. Säuglingspraxis, Hoffa 914; ferner 813.

Bäder anwenden? Bei welchen Hautkrankheiten sollen wir, Brodfeld 827.
*— b. Ekzem. Heiße, Philip 1038.
Bakterien aus e. Bakteriengemisch. Methoden z. Trennung einzelner, Buka 1150.
Bakterienfunde in hämatogen. Hautentzündungen, Török 823.
Bakteriengehalts d. Haut dch. dermatol. Bhdlgsprozeduren. Exp. Untersuchgn. üb. die Beeinflussg. des, Hidaca 823.
Bakteriurie, Suter 807.
Balneologen Österreichs. Zentralverband der 862.
Balneologie. Zentralstelle für 862.
Balneotherapie i. Kindesalter, Fronz 828.
— u. Hautkrankheiten, Riehl 949.
Bericht des Inspektionsarztes Adjunkten Michael Knoedl f. d. J. 1912 1193.
Berichtigung 1166, 1294.
Berliner Dermatologische Gesellschaft 1318.
Beule s. Biskrabeule.
Biersche Saugglocke b. Alopecia areata, Mibelli 1310.
Bindehautentzündung. Gonorrhoische 1294.
Biochemie d. Haut, Unna 1040.
Biokinetische Bhdlg. d. Pernionen (Frostbeulen), Jacquet 1075, Jacquet u. Debat 1076.
Biozyme, Stephan 910.
Biskrabeule dch. heiße Luft geheilt, Vignat 1044.
Blase. Malakoplakie der, Ferrari u. Nicolich 1024.
— u. ihre gynäkol. Bedeutung. Symptome von Seite der, Sellwood 1151.
— n. Heitz Boyer-Hovelacque. Wiederherstellung der, Grégoire 1316; s. auch Harnblase.
Blasen, die nicht eröffnet werden dürfen, Cathelin 1052.
Blasendivertikel. Bhdlg. d. angeborenen, Brongersma 1021.
Blasenersatz, Kotzenberg 1023.
Blasenruption. Rezidivierende, Sibley 813.
Blasenpapillome. Exstirpation voluminös. periureteraler, Rolando 1050.
— m. Thermokoagulation. Bhdlg. der, Joseph 1235.
Blasensphinkters u. seine Verändergn. n. Prostatektomie. Normale Verhältnisse des, Heyman 1313.
Blasenstein um Dermoidhaare, Sasagawa 1089.
Blasensteine. Eigenartig geformte Nieren- und, Bloom 1150.
Blasentuberkulose. Zystoskopie bei, Heitz-Boyer 1052.
Blasentumoren. Operative Bhdlg. der, Stammler 1023.
— Hämostat. Eigenschaft der Elektrokoagulation bei, Desnos 1052.
Blastomykose. Salvarsan bei, Rabello 1413; s. auch Hautblastomykose.
Blennorrhagie. Atoxische Vakzine bei akuter, Jungano 1049.
— s. Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper.
Blennorrhagica (Blennorrhagisch) s. Myositis, Gonorrhoisch.
Blennorrhoe im japan. Heere. Bekämpfg. der, Eguchi 819, 1313; Bemerkg. dazu, Flesch 1314.
— Hyperkeratotisch-vesikulöse Exantheme bei, Buschke u. Michael 1408.
— Eumiktine bei 878.
— Merlusan bei, Buchtala u. Matzenauer 917.
— d. Frau. Radiotherapie der, Fabre 1053.
— Serumtherapie der, Define 821, 1308.
— s. Rektalblennorrhoe, Blennorrhagie, Gonorrhoe, Tripper.
*Blut. Bhdlg. juckender Dermatosen mit Ringerscher Lösung und Eigen-, Lux 1247, 1273.
Blutentnahme u. intraven. Infusion. Technik der, Gans 1102.
Brandwunden. Bhdlg. von, Bowers 1091.
— Heliotherapie bei, Aimes 1077.
— Sonnenbhdlg. der, Laroquette 1077, Oecomos 1077.
— dch. überhitzte Metalle. Petroleum bei, Stephens 1092.
Brief a. d. Herausgeber. Offener, Neisser 813.
Bromakne. Vakzine bei, Taylor 1097.
Bromoderma, Gerschun 1097.
Brustwarzen. Rasche Heilg. wunder, Neubauer 1101.
Buchdruckgewerbe. Ursachen der Hauterkrankungen im, Zellner u. Wolff 1097.
Buchsbaumdermatitis, Oppenheim 1098.
Bullöser Ausschlag d. Beine. Rezidivierender, Gray 1261.

Digitized by Google

*Caviblentherapie der Gonorrhoe, Mondschein 987.
Cheilitis exfoliativa, Gaskill 1020.
Chemotherapie d. Tuberkulose, Bruck 1190, Strauß 1201.
Chirurgie des prakt. Arztes, Nordmann 1090.
Cholesterinfetten im subkut. Bindegewebe. Experim. Untersuchgn. üb. die Ablagerg. von, Anitschkow 1410.

Degeneration s. Kolloide Degeneration.
Dermatitis colli. Glättolin als Ursache e. hartnäckigen, Kohn 1100.
— d. Gesichts dch. ein Haarfärbemittel. Akute, Semon 1098.
— nach Jothion, Glawtsche 1019.
— inf. Bhdlg. bei Kurpfuschern, Jordan 818.
— dch. giftige Pflanzen. Ekzematöse, Whitfield 1098.
— n. Teakholzbearbeitung, John 1099.
— artefacta, Mackwood 1100, (?) Meachen 1260.
— bullosa. Experiment. Hautreaktionen bei, Thibierge u. Gastinel 1047.
— exfoliativa? Akute Pellagra oder, Spurgin 1073.
— — neonatorum u. ihre Beziehgn. z. Impetigo contagiosa staphylogenes. Ätiologie der, Tamm 1258.
— — mit Übergang in D. herpetiformis. Psoriasis und, Semon 1261.
— herpetiformis, Little 1261.
— — m. pemphigusähnl. Eruption, Gaskill 852.
— — Psoriasis u. Dermatitis exfol. mit Übergang in, Semon 1261.
— mercurialis. Schwere, Petrow 971.
— symmetrica dysmennorrhoica. Entstehungsarten der Hautveränderngn. bei, Török 1075.
— s. Buchsbaum-, Primel-, Röntgendermatitis.
Dermatologie. Grundriß der, Darier 972.
Dermatomykosen dch. Heredität u. Stillen. Übertragbarkeit d. Allergie bei, Lombardo 1309.
*— in Berlin, Fischer 1391.
Dermatosen s. Juckende, nässende, neurotische D., Schwangerschaftsdermatosen.
Dermographie im Kindesalter. Anämische, Karasawa 995.
Dermographismus. Starker, Carry 995.
Dermoidhaare. Blasenstein um, Sasagawa 1089.
Diabetisch s. Hautgangrän.
Diagnostizieren. Fall zum, Meachen 1260, Rabello 1412.
Diaskop. Neues, Lombardo 1309.
Diathermie. Exper. u. therap. Erfahrgn. mit, Dreesen 828.
— b. Lepra, Unna jr. 1163.
— — Lupus, Jacobi 1200, Salomon 1204.
Diathese. Exsudative, Samelson 1350.
Diplococcus crassus 1087.
Dirnenwesen i. d. Heeren u. seine Bekämpfg., Haberling 819, 1314, 1315.
Divertikel s. Blasendivertikel.
Dosimeter. Sabouraudsches 1365.
Dreigläserprobe i. d. Urologie, Grimani 1051.
Dusche b. einigen Dermatosen. Filiforme, Veyrières 862, Pautrier, Veyrières u. Desaux 1049.
Dymal b. Hautkrankheiten, Marshall 920.
Dystrophia papillaris et pigmentosa b. Lungenkrebs. Klin. u. histopath. Studium der, Petrini 1041.

Ebagapräparate in der Dermatologie, Neugebauer 909.
Eheanfechtung. Relativ geheilte Geschlechtskrankheit als Grund zur, Heller 1054.
Paul Ehrlich. Eine Darstellung seines wissenschaftl. Wirkens 977.
*Joseph Eichhoff †, Strauß 875.
Eiovan-Hautkreme 910.
Ekthyma gangraenosum bei Masern, Takahashi 1411.
Ekzem m. Ödem. Injekt. v. Zuckerlösung bei, Laurent 1045.
— Sekret. Niereninsuffizienz b. vulg. u. parasitärem, Bernhardt u. Rygier 1407.
*Ekzems. Neue Bhdlgsmethode des akuten, Samberger 899.
*— m. heißen Bädern. Bhdlg. des, Philip 1038.
Ekzematös s. Dermatitis.
Elastische Fasern im Epithel, Lennhof 1411.
Elefantiasis nostras, Nakano, Omori, Murata u. Kawaguchi 1089.
Elefantiastiforme Erscheingn. am Ohre, Brocq 1040.
Elefantiastisch (Elefantiasticus) s. Ödem, Lupus.
Eleidokeratinbildung. Feinerer Bau der menschl. Epidermis und, Martinotti 1308.
Elektrizität. Unfälle durch, Fischl 1092.
Elektrokoagulation b. Blasentumoren. Hämostat. Eigenschaft der, Desnos 1052.

Digitized by Google

Elektrolytische Abortivbhdlg. des Trippers, Li Virghi 858.
Enuresis nocturna. Diagnose der, Alexejeff 857.
Epidermis u. Eleidokeratinbildung. Feinerer Bau der menschlichen, Martinotti 1308.
Epidermiszysten. Pemphigus congenitus mit, Cappelli 1309.
Epidermolysis bullosa congenita, Beck 1101.
Epididymitis. Diplococcus crassus als Erreger von Urethritis und, Koenigsfeld u. Salzmann 1087.
Epispadie. Urethroplastik bei, Nové-Josserand 857.
Epithel. Elastische Fasern im, Lennhof 1411.
Epithelialkarzinom s. Radium.
Epitheliom s. Hautepitheliom.
Epithelioma adenoides cysticum, Little 814.
— s. Trichoepithelioma.
Epithelisierung granulierender Hautdefekte, Vogel 1270.
— granulierender Flächen. Pflasterverband zur schnellen, Borchardt 1270.
Ernährungstherapie i. d. Dermatologie, Friedländer 824.
Erythem m. eigenart. Augenläsionen. Polymorphes, Toulant u. Chevallier 998.
— v. Typus der Erythromelalgie. Persistierendes, Meachen 1261.
— Septisches, Geber 999.
— s. Frosterythem, Pellagröses E.
Erythems. Bhdlg. des polymorphen, Robin 1118.
Erythema exsudativum multiforme. Ätiologie des, Saisawa 1117.
— — — Karwacki u. Zaleski 1118.
— multiforme, Trevisanello 969, Chevallier u. Toulant 1118, Dyer 1118.
— — bullosum in Pemphigus. Übergang von, Weinländer 1118.
— nodosum n. Ipekakuanha, Kahár-Faber 1096.
— — u. Tuberkulose, Meara u. Goodridge 1116, Moro 1117, Hutinel 1117, Gautier 1117, Carle 1117, Leriche u. Dor 1165.
— — u. Tuberkelbazillenseptikämie, Landouzy 1117.
— toxicum nach Neosalvarsan, Pernet 1261.
Erythrodermien u. Tuberkulose. Gewisse exfoliative, Polland 1258.
Erythromelalgie, Fossier 1000, Schirmacher 1000, Little 1261.
— Persistierendes Erythem vom Typus der, Meachen 1261.
Española de Dermatologia y Sifiliografia. Sociedad 1422.
Eumattan, eine neue Wassersalbe, Frank 909.
Eumiktine b. Blennorrhoe 878.
*Euresol. Haarspiritus, Jacob 810.
Exantheme. Die milderen akuten infektiösen, Franchetti 1119.
Extraduralanästhesie i. d. Chirurgie u. Urologie, Goldenberg 1414.
— b. urolog. Untersuchgn. u. Operationen, Lichtenberg 1414.
Extragenital s. Ulcera mollia.

*Farbstoff. Salvarsan, ein echter, Schumacher 1295.
*Favus d. unbehaart. Haut in Japan m. bes. Berücksichtgg. d. bakteriol. Untersuchung, Aoki 863.
— in Bessarabien. Trichophytie und, Mgebrow 971.
— d. Augenlids dch. Achorion gypseum, Truffi 1308.
*Favusnarben usw. Wachstum der Haare auf, Hodara 1167.
Fette. Neue Reaktion der, Martinotti 968; s. auch Hautfette.
Fibrom s. Hautfibrom.
Fibrome. Multiple subkutane, Dore 1261.
— Genese der weichen, Lennhof 1411.
Fibromyom d. Präputiums, Delfino 969.
Finsenbehandlung u. die Wiener Lupusheilstätte, Koch 1198.
— am London Hospital 1900—1913, Sequeira 881, 1199.
Finsenstraße in Wien 1206.
Fleckfieber, Hegler u. Prowazek 1137.
— u. Roseola, Fraenkel 1138.
— s. Flecktyphus, Typhus exanthematicus.
Flecktyphus auf Schiffen, Markl 1137.
— Serolog. Diagnose des, Markl 1139.
— Bakteriolog. Befunde bei, Müller 1139.
— s. Typhus exanthematicus, Fleckfieber.
Flecktyphuserkrankungen in Böhmen, Ganghofner 1136.
Flecktyphuserreger, Rabinowitsch 1138.
Flecktyphusstudien a. d. bosn. Rückwanderern a. d. Balkan. Variola- und, Arzt u. Kerl 1140.
Fluoreszierenden Substanzen i. Verbindg. mit Röntgenstrahlen. Biolog. u. Heilwirkg. der, Ghilarducci u. Milani 881.
Follikulitiden. Pathologie u. Therapie der intraurethralen, Bogrow 972.
Framboësie. Salvarsankupfer bei 942.
Friedmannsches Mittel 951, 1204.
Fremdkörper s. Harnblase.

Digitized by Google

Frostbeulen. Biokinet. Bhdlg. der, Jacquet u. Debat 1076.
— Galvan. Strom bei, Chuiton 1076; s. auch Pernionen.
Frosterythems u. d. Pernionen. Therapie des, Blunck 1075.
Fruchtbarkeit d. Frau. Einfluß d. Geschlechtskrankheiten auf die Gesundheit und, Flesch 905.
Fürsorgetätigkeit. Private, Graziella-Schneidhuber 906.
Furunkulin. Int. u. externe Anwendg. von, Polland 910.
Füße. Therapie der kalten, Fraenkel 996; s. auch Pilzerkrankung.
Fußsohle s. Trichophytie.

Galvanischer Strom bei Frostbeulen, Chuiton 1076.
Gangrän. Neurovaskuläre, Bloomfield 998; s. auch Haut-, Kältegangrän.
Gaumen s. Lichen planus.
Genitalien s. Lichen sclerosus.
Geschlechtskranker. Ambulator. Nachbehandlung, Buschke 1004.
Geschlechtskrankheit als Grund zur Eheanfechtung. Relativ geheilte, Heller 1054.
Geschlechtskrankheiten auf Gesundheit u. Fruchtbarkeit d. Frau. Einfluß der, Flesch 905.
— Bhdlg. von, Gennerich 879.
— im Hôp. St. Louis. Ambulatorische Bhdlg. der, Gaucher 1065.
*— Jahresversammlg. d. Deutsch. Ges. z. Bekämpfg. der, Sternthal 905.
— Merkblatt f. Soldaten d. Deutsch. Ges. z. Bekämpfg. der 1390.
— Prophylaxe der, Carle 1314.
— Krieg und, 1422.
— s. Repetitorium.
Geschwür s. Ätzgeschwür.
Geschwürsbildung. Bac. pyocyaneus und, Takahashi 1259.
Geschwulst s. Hautgeschwulst.
Gesicht s. Dermatitis, Lupus, Ödem.
Gesichtskarzinom n. Xerodermia pigmentosa. Radium bei, Pringle 1260.
Gewerbe-Hautkrankheiten, Hazen 1020.
*Gicht u. Harnröhrenstriktur, Scharff 800.
Glättolin als Ursache einer hartnäckigen Dermatitis colli, Kohn 1100.
Glasergehilfen. Progred. Ätznatronwirkg. a. d. Nägel eines, Oppenheim 1098.
Gleitpuderpasten od. Mattane in Dermatologie u. Kosmetik, Merzbach 880.
Glossitis. Mediane depapillierende, Balzer u. Galliot 1045.
Gonokokkie. Bukkale, Chévelle u. Georgel 1053.
Gonokokkus. Charakterist. tinktor. Affinität des, Minerbi 969.
*Gonorrhoe. Caviblentherapie der, Mondschein 987.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Tripper.
Gonorrhoisch s. Bindehautentzündung, Blennorrhagisch.
Granulom. Staphylogenes, Copelli 1310.
Granuloma annulare, Little 1261.
— — mit subkut. Knötchen, Gray 1261.
— ulcerosum tropicum, Rabello 1412.
Gummiarbeiter. Professionelle Dermatose der, Vignolo-Lutati 1100.

Haare z. Wimpernbildung. Einpflanzung lebender, Krusius 1054.
*— auf Favusnarben usw., Wachstum der, Hodara 1167.
— s. Dermoid.-, Kopfhaare.
Haarfärbemittel, Ota 1089.
— Hauterkrankgn. dch. Pelz- und, Blaschko 1098.
— Akute Dermatitis d. Gesichts dch. ein, Semon 1098.
*Haarschafts. Wachstum der Haare auf Favusnarben n. Skarifikat. u. Einpflanzg. v. Teilen des, Hodara 1167.
*Haarspiritus Euresol, Jacob 810.
Haemangioendothelioma tuberosum multiplex u. Lymphangioendothelioma tuberosum multiplex, Östreich u. Saalfeld 1085.
Hämatoporphyrin. Experim. Untersuchgn. üb. die photodynam. Wirkg. des, Radaeli u. Cevidalli 1309.
Hämatoporphyrinogenausscheidung im Harn, Rodelius u. Schumm 1023.
Hämatoporphyrinurie u. Hypertrichosis. Hydroa vakziniforme mit, Cappelli 1311.
Hämaturie b. Prostatahypertrophie. Schwerste spontane, Nicolich 819.
Hämorrhagien n. Kalomelinjektionen. Multiple, Favento 1329.
Haftung des Arztes f. Körperschäden dch. Röntgenbestrahlg., Mertius 1004.
Hand s. Pilzerkrankung.
Handbuch der venerischen Krankheiten u. Syphilis, Janovsky 974.
Handteller s. Röntgenstrahlen.
Harnblase. Fremdkörper in der, Oglobin 818.
— der Frau. Diagnose u. Therapie der Fremdkörper der, Ottow 1413.
— b. Manne. Zystom der, Heineke 1023; s. auch Blase.
Harnkanals. Bequeme u. billige Verordnung v. Medikamenten b. Entzündgn. des, Fraenkel 971.
— Große Steine des, Farmakowski 819.

Digitized by Google

Harnkranke in Straßburg. Poliklinik für, Adrian 980.
Harnröhre. Wert der Irrigations-Urethroskopie der hinteren, Ross 1153.
Harnröhrenkrankheiten. Bedeutg. des Urethroskops f. Pathologie, Diagnose u. Therapie der, Engländer 1152.
Harnröhrenplastik dch. Transplant. e. Stückes der V. saphena interna, Cealic 861.
*Harnröhrenstriktur. Gicht und, Scharff 800.
Harnrückfluß dch. den Ureter. Erworbener, Pasteau 1315.
Harnwege. Radiodiagnostik d. Krankheiten der, Suquet 1053.
— Radiographie der, Billiard 1053.
Haut auf festem Nährboden. Kultur erwachsener, Kreibich 1087.
Hautalterationen usw. Einige, Gioacchino 1312.
Hautangiomatose nach Radiotherapie. Jeanselme 1065.
Hautblastomykose, Dalla Favera 1308.
Hautdefekte. Z. Frage der Epithelisierung granulierender, Vogel 1270.
Hautempfindlichkeit gg. Atoxyl, Wittrock 824.
Hautentzündungen. Bakterienfunde in hämatogenen, Török 823.
Hautepitheliomen. Radium bei, Wickham u. Degrais 887.
— Plasmazellen bei, Prytes 1410.
Hautfette, Martinotti 968.
Hautfibrom. Postvakzinales, Balzer, Gougerot u. Barthélemy 1064.
Hautgangrän. Quarzlicht bei diabetischer, Mitschke 1088.
Hautgeschwülste, Asahi u. Murasawa 1089.
Hautkarzinomen. Kombinierte Bhdlg. von, Fabry 1085.
Hautkrankheiten u. Auge, Erdmann 824.
— internen Ursprungs. Therapie der, Rühl 825.
— s. Tropische H., Repetitorium.
Hautlappens b. Menschen. Schicksal d. homöoplastisch transplantierten, Oshima 824.
Hautleishmaniose u. Wasserm. Reaktion, Jeanselme 1044.
Hautleukämie, Bernhardt 1085.
Hautneubildungen. Licht b. Hautleiden und, Blaschko 881.
Hauttransplantationen ohne Luftabschluß, Jones 880.
Hauttuberkulide b. Kindern im frühesten Alter, Ostrowski 1205.
Hauttuberkulose. Primäre, Holland 1203.
— im Kindesalter. Akute disseminierte, Bruusgaard 1164.
— u. Tbc. d. benachb. Schleimhäute, Havas 1165.
— ohne Drüsenschwellung, Nicolas, Massia, Gaté u. Pillon 1164.
— Tertiäre Syphilis und, Holland 1377.
— Tierexperim. Untersuchgn. üb. d. Nachweis v. Tuberkelbazillen bei, Stern 1176.
— Einzelne Typen d. Tuberkelbaz. b. klin. verschied. Formen der, Lipschütz 1408.
— Bhdlg. der, Jadassohn 1180.
— Aurum-Kalium cyanatum bei, Geber 1201.
*— Friedmannsches Mittel bei Knochen- und, Wichmann 951.
— Lekutyl bei, Strauß u. Miedrich 1087, Strauß 1177, 1192.
— usw. Tuberkulin bei, MacKee 817.
— Örtliche Tuberkulinreaktionen bei, Rosenbach 1176.
Hefetherapie d. Hautkrankheiten, Hellmer 910.
— Geschichte der, Bäumer 910.
Heiße Luft b. Biskrabeule, Vignat 1044.
— — b. ulzerösen Radiodermitiden, Vinat 1093.
Heliotherapie bei Brandwunden, Aimes 1077; s. auch Sonnenbehandlung.
Hemiatrophia facialis d. r. Seite m. Hemiatrophie d. Rückens d. entgegengesetzten Seite, Galimberti 1307.
Hemiplegie. Serolog. Probe b. d. zerebralen, Dana 1361.
Hermaphroditismus b. Manne. Wahrer u. echter, Sinigaglia 969.
Herpes b. Meningitis cerebrospinalis. Ätiologie des, Durand 1101.
Herpes zoster. Pathologie des, Kürsteiner 1101.
— — b. Nierenerkrankungen. Hyperalgische Zonen und, Adrian 857.
— — u. H. z. gangraenosus n. Salvarsan, Oettinger 1260.
— — frontalis m. Bakterienbefund im Ganglion Gasseri, Sunde 1115.
*— — generalisatus, Trýb 983.
— — gangraenosus n. Salvarsan. Herpes zoster und, Oettinger 1260.
— — ophthalmicus. Augenmuskellähmungen bei, Vogel 1116.
— — oticus, Dabney 1115.
— — s. Zona, Zoster.
Herpetiforme Eruption b. e. Tuberkulösen. Jourdanet 1203.
Herz. Physiol.-pathol. Untersuchgn. üb. das isolierte reviveszierende, Dewel 1077.

Digitized by Google

Hexal, Cameo 911, Bäumer 911.
Hexamethylentetramin. Ungünstige Wirkgn. des, Cuntz 911.
— Sulfosalizylsaures 911.
Histopin, Saalfeld 912.
Hochfrequenzströmen. Bhdlg. mit, A. u. W. Laqueur 881.
Hodens. Mesothoriumschädigung des, Simmonds 1092.
Hufeisenniere. Trennung einer, Brongersma 857.
Hydatidenzyste. Diagnostizierte, retrovesikale verkalkte, Marion 859.
Hydroa aestivale (et hiemale), Semon 1261.
— vacciniforme m. Hämatoporphyrinurie u. Hypertrichosis, Cappelli 1311.
Hygralon, Schreiber 917.
Hyperalgische Zonen u. Herpes zoster b. Nierenerkrankungen, Adrian 857.
Hypertrichosis. Radiumtherapie der, Esdra 1308.
— Hydroa vacciniforme m. Hämatoporphyrinurie und, Cappelli 1311.
Hypophyse. Kongenit. Veränderngn. der, Garibaldi 1308.
Hypospadie. Chirurg. Bhdlg. der, Pousson 857.
— Urethroplastik bei schwerer, Nové-Josserand 857.

Ichthargan i. d. Dermatologie, Unna 912.
Ichthyosis atypica, Cohn 813.
Impetigo contagiosa staphylogenes. Ätiologie der Dermatitis exfol. neonatorum u. ihre Beziehgn. zur, Tamm 1258.
Impffeldes. Desinfektion des, Hillenberg 1159.
Impfung s. Kuhpocken-, Schutzpockenimpfung.
Intraurethralen Follikulitiden. Pathologie u. Therapie der, Bogrow 972.
Ipekakuanha. Erythema nodosum nach, Kahár-Faber 1096.
*Italiani. Assoziazione Professionale dei Dermosifilografi, 1318; V. Kongreß, Montesano 1406.

Jods. Unterschiede in Ausscheidg. u. Ausnützung des, Moos 948.
Jodkali. Jododerma bullosum nach, Brandtner 1097.
Jodpemphigus 1097.
Jodtinktur innerlich bei Flecktyphus, Ouftionjaninov 1139.
— b. Lupus vulgaris, Kennedy 1204.
Jodversan, Euebuske 912.
Jododerma bullosum n. Jodkali, Brandtner 1097.
Jodostarin, Stümpke 913.
Joha, Weck 921.
John Hopkins Hospital 1270.
Jothion, Glawtsche 1019.
— Dermatitis nach, Glawtsche 1019.
Juckenden Dermatosen. Trockenluftbhdlg. von, Ledermann 879.
Juckender Dermatosen. Bhdlg., Meyer 1017.
*— m. Ringerscher Lösung u. Eigenblut. Bhdlg., Lux 1247, 1273.
Juckstillende Hautmittel, Satani 1089.

Kadogel, Geber 919, Fenyö u. Halmi 919.
Kältegangrän. Gefäßparalytische, Wieting 1076.
*Kali chlorici cum creta. Pasta, Unna jr. 1132.
Kalium-Goldzyanür b. einigen Hautkrankheiten, Burzi 913.
Kalomelinjektion. Histochem. Nachweis des Quecksilbers i. d. Organen nach einer, Lombardo 1309.
Kalomelinjektionen. Multiple Hämorrhagien nach, Favento 1329.
Kalzine 996.
Kaninchen. Spirochätenbefunde bei, Arzt u. Kerl 1415.
Kaninchens. Inokulation v. leprösem Material im Auge des, Serra 1160.
Kaolin-Glyzerinpaste in der Dermatologie, Unna 913, Rohland 914.
Kapsel- und Patronenarbeiterinnen. Nagelveränderungen bei, Oppenheim 1098.
Karbid. Ätzgeschwüre nach, Sachs 1100.
Karzinom. Kupferverbindungen bei Mäuse-, Gelarie 914.
— s. ferner Epithelial-, Gesichts-, Haut-, Prostata-, Ureterkarzinom, Krebs.
Karzinomatöser Sera gg. best. Chemikalien. Spezifisches Verhalten, Wiener u. v. Torday 979.
Kathodenstrahlen als Ersatz f. Radium u. Mesothorium. Äußere, Strebel 908.
Kauter i. d. Dermatologie, Brocq 827.
*Kautschukheftpflaster. Überempfindlichkeit gegen, Knock 936.
Keloid u. Syphilis, Gougerot 822.
Keloiden. Radium bei, Wickham u. Degrais 887.
Keratosis spinulosa d. Kopfhaares u. Pseudopelade, Piccardi 1309.
Kerion dch. Trichophyton granulosum, Brault u. Vignier 1045.
Kindesalter (Kinder) s. Balneotherapie, Hauttuberkulide, Hauttuberkulose.

Digitized by Google

Kindesseele. Wesen der, Hug-Hellmuth 1153.
Kohlensäure b. Hautkrankheiten. Feste, Bunch 878.
Kohlensäureschnee 878, Morton 862.
Kolloide Degeneration d. Haut, Vignolo-Lutati 1330.
Komplementbindungsreaktion s. Wassermannsche Reaktion.
Kongreß s. Radiologie, Sexualforschung, Urologie.
Kontrolle. Staats-, Blaschko 1205, 1314, Finger 1235, French 1214, 1314, Gaucher u. Gougerot 1314.
Kopaivabalsam. Exantheme nach, Fischer 1001, Portner 1002.
Kopfes b. Erwachsenen. Phthiriasis d. behaarten, Brault u. Montpellier 1044.
Kopfhaares u. Pseudopelade. Keratosis spinulosa des, Piccardi 1309.
Kopfhaut. Syphilit. Primäraffekte d. behaarten, Müller 850.
Kosmetik d. Haut. Ärztliche, Kromayer 825, 827.
— i. d. ärztl. Sprechstunde, Groß 826.
— Gleitpuderpasten in der, Merzbach 880.
Krebs s. Prostatakrebs, Karzinom.
*Kreidepasten, Unna 1223.
Kromayer-Lampe i. d. Dermatologie. Experim. u. klin. Untersuchgn. mit der, Peyri 948.
Kromayer-Licht bei Hautkrankheiten, Clark 850.
Kuhpocken. Verwandtschaft von Variola und, Ashburn, Vedder u. Gentry 1141.
Kuhpockenimpfung. Tafeln z. Belehrg. üb. d. Wert der, Raudnitz 1157.
Kupfer s. Lezithin-, Salvarsankupfer.
Kupferbehandlung bei äußerer Tuberkulose, Eggers 1191.
*Kupferchemotherapie d. Schleimhauttbc. d. ob. Luftwege m. Lekutyl-Inhalationen, Strauß 1007.
Kupferpräparate bei Lupus, Sélley 1201.
Kupferverbindungen b. Mäusekarzinom, Gelarie 914.
Kurpfuscher in England 1294.
— Dermatitis inf. Bhdlg. durch, Jordan 818.

Laryngitis tuberculosa 1244.
Leipziger Dermatol. Univ.-Klinik. Beschreibg. d. Moulagen von Hautkrankheiten aus der, Dettenborn 1350.
Leishmania furunculosa, Vianna 1413.
Leishmaniose, Machado 1412.
— s. auch Hautleishmaniose.
Leistendrüsen. Schnellkur der vereiterten, Virgallita 1311.
Leitinstrumente, Noguès 1052.
*Lekutyl b. Schleimhauttbc. d. ob. Luftwege, Strauß 1007.
— b. Hauttuberkulose, Strauß u. Miedrich 1087, Strauß 1177, 1192.
Lepra tuberosa, Williams 1261.
— b. e. Negerin. Knoten-, Kirby-Smith 1161.
— universalis. Pathol.-anatom. Betrachtgn. üb. e. Fall von, Fambri 1159.
— Klin. u. bakt. Momente bei der, Bayon 1160.
— dch. Laboratoriumsmethoden. Diagnose der, Pautrier 1159.
— Epidemiologie der, Lama 1311.
— Bettwanzen und, Thomson 1159.
— in Frankreich. Prophylaxe der, Netter 1162.
— im Kaukasus, Petersen 1159.
— in Moskau, Jordan 812.
— in Norwegen 862.
— Unzuverlässigkeit d. Injekt. v. Chaulmoograöl bei, Pautrier, Desaux u. Rabreau 1048.
— Chirurg. Bhdlg. der, Goodhue 1162.
— u. Messer, Goodhue 1162.
— Diathermiebhdlg. bei, Unna jr. 1163.
— Nastinbhdlg., Rudolph 1163.
— Salvarsan bei, Tschumakow 1163.
— Salvarsankupfer bei, 942.
— Wundbhdlg. bei, Biehler 1162.
— d. Ratten, Marghoux 1161.
Leprabazillus dch. Bettwanzen. Übertragbarkeit des, Smith, Lynch u. Rivas 1160.
— gezüchtet worden? Ist der, Fraser u. Flescher 1160.
Leprafalles. Röntgenstrahlen als wesentl. Hilfe f. d. frühzeitig. Erkennung eines, Miller 1159.
Lepraheim in Memel 1142.
Leprakommission. Permanente, 830.
Lepraproblem im brit. Reiche, Bayon 1160.
Lepraprozeß. Rolle der Nerven im, Askanazy 1162.
Leprösem Material im Auge des Kaninchens. Inokulation von, Serra 1160.
Leprösen. Serolog. Untersuchgn. bei, Möllers 1161.
Leprosorium in San Clementi Island 1030.
Leukämie s. Hautleukämie, Syphilis I. H.
Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 1121.
Levurinose, Bäumer 910, Bruck 911.
Lezithinkupfer 1177, 1192.
Lichen corneus buccalis, Nicolas u. Jourdanet 1046.
— nitidus, Hoffmann 848.
— planus d. Zunge, Montgomery 1020.

Digitized by Google

Lichen planus corneus d. Gaumendachs, Balzer u. Barthélemy 1046.
— — annularis, Queyrat u. Pinard 1048.
— — Kreuzförmiger, Queyrat u. Pinard 1048.
— — atrophicus pigmentosus, Gougerot u. Blum 1048.
— — circinatus. Generalisierter, Balzer u. Barthélemy 1065.
— ruber acuminatus, Jordan 811.
— — d. Mundschleimhaut, Isaac 1016.
— sclerosus d. weibl. Genitalien, Hoffmann 849.
Licht b. Hautleiden u. -neubildungen, Blaschko 881.
— Unsichtbare Schutzmittel gg. Veränderg. d. Haut durch, Mannich 882.
— s. Finsen-, Kromayerlicht.
Lid s. Favus.
Lidhautatrophie m. ödemat. Schüben u. Lichen, Gaucher u. Gougerot 1047.
Lipom s. Nebenhodenlipom.
Lipomatosis. Symmetrische, Buschke u. Matthissohn 1409.
Lokalanästhesie b. urolog. Operationen u. Untersuchgn., Blum 1022.
— b. Prostatektomie, Legueu 1052.
Luft s. Trockenluft.
Lupoiden Einlagerungen. Lupus erythem. mit, Hoffmann 848.
Lupus d. Gesichts u. Gehörgangs, Buys 1194.
— Alttuberkulin u. Aurum-Kalium cyanatum bei, Bettmann 1200.
— Diathermie bei, Jacobi 1200, Salomon 1204.
*— Friedmannsches Mittel bei, *Wichmann 951, Brauer 1204.
— Kupferpräparate bei, Selley 1201.
— Radium bei, 891.
— elephantiasticus, Benjamin 1194.
— erythematodes m. lupoiden Einlagerungen, Hoffmann 848.
— syphiliticus 1380.
— vulgaris d. ob. Luftwege, Lill 1194.
— — der Haut u. Schleimhäute. Multipler, Pernet 1261.
— — Nasenersatz bei, Salomon 1204.
— — Ätiologie des, Fönss 1193.
— — u. umgekehrt. Umwandlg. der Tuberculosis verrucosa in, Gougerot 1179.
— — Bhdlg. des, Tomkinson 1199.
— — Aurum-Kal. cyanat. bei, Poór 1202.
— — dch. Jodtinktur geheilt, Kennedy 1204.
— — Humanes u. bovines Tuberkulin bei, Fönss 1193.
Lupusbekämpfung, Marsch 1197.
— Geschichte der, Lang 1196.
Lupusheilstätte. Wiener, 1198.
Lupuskranke in Wien. Heil- u. Heimstätte für, 830.
Lupustherapie, Lang 1194, Jungmann 1195, Freund 1198, Kuznitzky 1203.
Lymphe dch. Zusatz v. Chinosol. Gewinnung keimfreier, Seiffert u. Hüne 1158.
— s. Radiolymphe.
Lymphangioendothelioma tuberosum multiplex u. Haemangioendothelioma tuberosum multiplex, Östreich u. Saalfeld 1085.
Lymphangioma tuberosum multiplex 1085.
Lymphdrüsentuberkulose. Röntgenbestrahlung der, Petersen 1178.
Lymphgefäßnetzes. Anatomie d. oberflächlichen, Audrain 1045.

Malakoplakie der Blase, Ferrari u. Nicolich 1024.
Masern dch. die Schule. Bekämpfung der, Poelchau 1134.
— Experimentelle, Jurgelunas 1134.
— a. d. äußeren Haut. Bild der, Pirquet 1134.
— Frühdiagnose der, Grumann 1135.
— Periodische Virulenzzyklen bei, Brown 1135.
— b. Schwangerschaft, Scadron 1136.
— Ekthyma gangraenosum bei, Takahashi 1411.
Maserninfektion. Frühzeitige (postnatale), Tait 1135.
Mattane 800; s. auch Eu-, Zinkmattane.
Mercurialis s. Dermatitis.
Mercurio-Coleolo, Cervelli 917.
Mesothorium. Radium und, Freund 892.
— Physikal. u. biolog. Grundlagen der Strahlenwirkg. des, Müller 908.
— u. Thorium X in der Dermatologie, Nägeli u. Jeßner 908.
— Äußere Kathodenstrahlen als Ersatz für Radium und, Strebel 908.
Mesothoriumbestrahlung. Radium- und, Sticker 894.
Mesothoriumschädigung des Hodens, Simmonds 1092.
Mesothoriumtherapie maligner Tumoren. Radium- und, Schindler 893.
Mikrosporon lanosum, Rabello 1412.
Milium mit Riesenzellengewebe, Hanawa 1089.
Mineralwässer b. Dermatosen u. Syphilis, Brocq 862.
Molluscum contagiosum. Sporozoon des, Campana 1311.
— fibrosum, Biber 1018.

Digitized by Google

Morphoea, Heller 849.
Moulagen v. Hautkrankheiten a. d. Leipziger Dermatologischen Univ.-Klinik. Beschreibung der, Dettenborn 1350.
Mundschleimhaut s. Lichen ruber.
Mykosis fungoides, Hoffmann 848.
— — b. e. Negerin, Wolff 851.
— — à tumeurs d'emblée, Pringle 1260.
Myositis blennorrhagica, Cappelli 1311.

Nässenden Dermatosen. Trockenluftbhdlg. von, Ledermann 879.
Naevus araneus 1261.
— und Erbsyphilis, Gougerot u. Blum 1236.
Nägel e. Glasergehilfen. Progred. Ätznatronwirkg. auf die, Oppenheim 1098.
— b. Vitiligo. Pigmentation der, Lombardo 1309.
— s. Trichophytie, Trophische Störgn.
Nagelveränderungen b. Kapsel- u. Patronenarbeiterinnen, Oppenheim 1098.
Nebenhodenlipome, Wildbolz 857.
Neger s. Lepra, Syphilis I. F.
*Nekrolog für Max Wolters v. *Wechselmann 846, Rosenthal 847.
*— — Joseph Eichhoff v. Strauß 875.
*— — Gaspar Vianna v. Rille 968.
Neosalvarsan, Grünberg 943, Severi 1306.
— vom französ. Standpunkt, Beeson 942.
— Topographie des Salvarsans und, Stühmer 1409.
— a. Kreislauf u. Nieren gesunder u. kranker Tiere. Experim. Studien üb. d. Einfluß v. Salvarsan und, Alwens 924.
Neosalvarsaninjektionen b. Affen. Subdur. Alt- und, Ellis u. Swift 923.
Neosalvarsan b. Pemphigus vulgaris, Eschweiler 1017.
— b. nicht syphilit. Affektionen, Breda 1307.
— b. Scharlach, Akssenow 1134.
— b. verschied. tropischen Hautkrankheiten, Kersten 943.
— ambulant verwendet werden? Darf, Wolff u. Mulzer 943.
— Herstellg. d. Lösungen von Salvarsan und, Schoofs 939.
— Einfache u. schnelle Methode z. Verabreichg. von, Guthrie 943.
— u. destilliertes Wasser, Richaud u. Gastaldi 821.
Neosalvarsaninjektion. Altes destill. Wasser bei intravenöser, Mitsuno 1089.
Neosalvarsan dch. Enteroklysis. Anwendg. von Salvarsan und, Oulmann u. Wollheim 923.
Neosalvarsaninjektionen. Salvarsan bzw., Schreiber 940.
— Technik u. Erfolge der intravenösen, Katzenstein 943.
Neosalvarsanlösungen. Konzentrierte, Seyffarth 944, Holland 945, Katz 945, Goulart 1412.
— Spritze für konzentrierte, Vasiliu 1270, Duhot 942.
— Verhütg. des Wasserfehlers dch. konzentrierte, Ravaut 942.
Neosalvarsaninjektionen. Subkutane, Wechselmann u. Eicke 944, Fabry 945.
Neosalvarsanvehikel. Patientenserum als, Schubert 945.
Neosalvarsan. Hämorrhag. Enzephalitis durch, Rasch 1260.
— Erythema toxicum nach, Pernet 1261.
— Myelitis nach, Chiari 946.
— Nephritis u. Zystitis haemorrh. nach, Nanta 821.
— Polyneuritis m. Korsakowscher Psychose m. letalem Ausgang nach, Pürckhauer u. Mauß 946.
— Todesfall nach, Bernard 946, Hagerthy 946, Joltrain 947.
— Tod e. Paralytikers nach, de Massary u. Chatelin 947.
— s. auch Syphilis I. L.
Nephrektomie. Grenzen der, Legueu 856.
— u. Schwangerschaft, Zoeppritz 1023.
— Rückfluß d. Urins dch. d. Ureter nach, Lévy-Weißmann 859.
— b. Erkrankg. bd. Nieren, Legueu 805.
— wg. Nierentuberkulose. 2 neue Gesichtspunkte i. d. Frage der, Kidd 857.
— trotz schlechter Konstante bei Nierentuberkulose, Rafin 1316.
Nephritis u. Zystitis haemorrh. nach Neosalvarsan, Nanta 821.
— usw. Kochsalzretention bei, Hoff 994.
Nephritiden a. d. Hand der Harnstoffbestimmung im Blute. Prognose der chronischen, Widal, Weill u. Vallery-Radot 1051.
— Traumatische, Pousson 1051.
Nephritisch s. Ödem.
Nephrolithiasis, Le Clerc-Dandoy 861.
Nephropexie, Marion 1052.
Nephrotomie b. Nierentuberkulose, Gayet 1053.
Neubildungen s. Hautneubildungen.
Neurinom 1410.
Neurodermitis circumscripta chronica. Radiotherapie u. Skarifikationen bei, Moutot u. Beaujeu 1116.

Digitized by Google

Neurotische Dermatosen, Cunningham 1116.
Niere. Wirkg. intraven. Salvarsaninjekt. a. d. Funktion der, Loewy u. Wechselmann 924.
— gesunder u. kranker Tiere. Einfluß v. Salvarsan u. Neosalvarsan auf Kreislauf und, Alwens 924.
— f. e. Mesenterialtumor angesehen. Kongenital ektopische, Labey u. Paris 1052.
— Akute hämatogene Infektion einer, Lewings 1149.
— s. Hufeisen-, Wander-, Zystenniere.
Nieren. Bhdlg. d. Koliinfektion der, Graff 1022.
— Nierenresektionen b. Verschmelzg. u. Verdoppelg. der, Rumpel 1023.
— u. Radiographie d. Nierensteine. Beweglichkeit der, Rafin u. Arcelin 1052.
— Experim. Beobachtgn. üb. den Sekretionsdruck der, Hammesfahr 1313.
Nierenanomalie usw. Angeborene, Oehlecker 1024.
Nierenchirurgie, Illyés 819, 1024, (1913) Wagner 1024 (Bis).
Niereneiterung. Schwer zu deutende, Haberer 857.
Nierenerkrankungen. Hyperalgische Zonen und Herpes zoster bei, Adrian 857.
— u. Pottscher Krankheit. Diff.-Diagnose zwischen, Orr 1151.
Nierenfunktion. Methoden z. Bestimmg. der, Kümmell 1024.
Niereninsuffizienz b. vulg. u. parasit. Ekzem. Sekretorische, Bernhardt u. Rygier 1407.
Nierenlagers. Sklerose des, Kümmell 1022.
Nierenlagerblutung. Chronische, 1022.
Nierenresektionen b. Verschmelzg. u. Verdoppelg. d. Nieren, Rumpel 1023.
Nierensteine, Lukins 1150.
— Beweglichkeit der Nieren u. Radiographie der, Rafin u. Arcelin 1052.
— Eigenartig geformte Blasen- und, Bloom 1150.
Nierentuberkulose v. abnormer Form, Pillet 1050.
— Nephrektomie wegen, Kidd 857.
— Nephrotomie bei, Gayet 1053.
— u. die Konstante v. Ambard, Marion 1050.
— usw. Schlechte Konstante bei, Rafin 1316.
Nordwestdeutscher Dermatologen in Kiel. Vereinigung, 829.
Noviform 1078.
Ödem. Angioneurotisches, Lobsenz 993.
— d. Fötus. Generelles, akutes, Sauvage 994.
— Hartes traumatisches u. rheumatisches, Grundler 993.
— Hyperplastisches Gesichts-, Nobl 993.
Ödeme. Entstehung der, Hoff 994.
— dch. große Alkalidosen, Breitmann 994.
— Soda-, 994.
— dch. Na. bicarbonicum, Wyss 994.
— Große diffuse subphlegmonöse, 998.
— m. troph. Störgn. d. Nägel. Neuroarthritische (?), Gougerot u. Monod 1065.
Ödemen u. Varizen. Operative Eingriffe bei, d'Oria 994.
Ödems. Operat. Bhdlg. d. chronischen, Boecker 995.
— Chirurg. Bhdlg. d. elefantiastischen, Angel 995.
— Pathogenese d. nephritischen, Pollak 993.
Ohr s. Elefantiastiforme Erscheingn.
Ohrmuschel s. Radium.

Papillom s. Blasenpapillome.
Parapsoriasis, Cohen 1406.
— lichenoides, Ssutejew 1017.
Parasitology. Journal of, 1102.
Pasten s. Kreidepasten.
Pelade s. Pseudopelade.
Pellagra, Volpino, Mariani, Bordoni u. Alpago-Novello 1028, Shoemaker 1028, Cole 1029, Johnstone 1029, Mense 1029.
— Suspekte, Reid u. Calwell 1029.
— od. Dermatitis exfoliativa? Akute, Spurgin 1073.
— Symptomatologie der, Hatiegan u. Doeri 1027.
— b. e. Geisteskranken. Letale, Rainsford 1073.
— b. Kindern, Franchetti 1027.
— in Amerika, Babcock 1002.
— in England, Blandy 1002, Sambon 1002.
— in Maine, Gehring 1002.
— Patholog. Anatomie u. experim. Pathologie der, Vernoni 1025.
— Zeismus oder, Nightingale 1026.
— Ätiologie der, Bartholow 1003.
— dch. Insekten. Übertragg. der, Jennings u. King 1003.
— Intestinale Bakterien bei, Mac Mal 1003.
— Biologie u. Morphologie d. pleomorph. Streptobazillus der, Tizzoni u. de Angelis 1025 (Bis).
— Serum von Nicolaidi bei, Sozzi 1073.

Digitized by Google

Pellagrakonferenz in Pineville 1142.
Pellagröse Toxiinfektion u. Konvulsionen, Ricci 1027.
Pellagrösen möglich? Ist eine aktive Immunisierung der, Volpino u. Bordoni 1026 (Bis).
— Hypersensibilität der, Finato u. Novello 1027.
Pellagröser. Überempfindlichkeit der mit Mais genährten Meerschweinchen gg. Blutserum, Volpi-Ghirardini u. Zuccari 1028.
*Pellagröses Erythem, Probizer 1207.
Pellidol u. Azodolen i. d. Säuglingspraxis, Hoffa 914; ferner 813.
Pelzfärbemittel. Hauterkrankgn. dch. Haar- und, Blaschko 1098.
Pemphigus. Übergang von Erythema multiforme bullosum in, Weinländer 1118.
— Ätiologie u. Pathogenese des, Copelli 1329.
— congenitus m. Epidermiszysten, Cappelli 1309.
— vegetans. Ätiologie des, Copelli 1309.
— vulgaris. Neosalvarsan bei, Eschweiler 1017.
— s. Jodpemphigus.
Pemphigusähnlichen Eruption. Dermatitis herpetif. mit einer, Gaskill 852.
Penis. Anormale Drüsen am, Balzer u. Galliot 1065.
Perkutaner Applikation v. Medikamenten. Chem.-physikal. Adsorptionserscheinungen bei, Quattrini 1330.
Pernionen. Therapie d. Frosterythems u. der, Blunck 1075.
— Biokinet. Bhdlg. der, Jacquet 1075; s. auch Frostbeulen.
Petroleum als Heilmittel, Stephens 914.
— b. Brandwunden dch. überhitzte Metalle, Stephens 1092.
Pflanzen. Ekzematöse Dermatitis dch. giftige, Whitfield 1098.
*Pflastern. Kutane Resorption d. Salizylsäure aus, Lenartowicz 791.
Pflasterverband z. schnellen Epithelisierung granulierender Flächen, Borchardt 1270.
Photodynamische Wirkg. d. Hämatoporphyrin. Experim. Untersuchgn. über die, Radaeli u. Cevidalli 1309.
Phthiriasis d. behaarten Kopfes bei Erwachsenen, Brault u. Montpellier 1044.
Physikalische Bhdlg. d. Hautkrankheiten, Saalfeld 825.
Pigments bei einigen Hautkrankheiten. Herkunft des, Kurita 1088.
Pigmentation u. Verdickg. d. Haut. Universelle, Mayer 1019.
Pili annulati, Hoffmann 1017.
Pilzerkrankung d. Hände u. Füße, Kaufmann-Wolff 848.
Pinosol in der Hauttherapie, Polland 918.
Pityriasis rosea, Owens 815, Alderson 816.
Plasmazellen b. Hautepitheliomen, Prytes 1410.
Pneumaturie, Cealic u. Ceocalteu 1049.
Pocken. Diff.-Diagnose der, Bäumler 1155.
— in Togo. Erforschung u. Bekämpfung der, Paschen 1141.
— Knochenveränderungen bei, Musgrave, Sison u. Crowell 1155.
— Erkrankgn. des Rückenmarks bei Menschen-, Eichhorst 1155.
— Elektrargol bei, Denman 1156.
— s. Kuh-, Schutzpocken, Variola.
Pockenerreger, Fornet 1154.
Pockenerregers. Reinkultur des, Fornet 1154.
Policlinic zu London 1366.
Polizeiärzte. Zusammenkunft Deutscher, 894.
Polizeipflegerin. Tätigkeit der, Stemmler 906.
Polyurie. Experimentelle, Pirondini 860.
Porokeratosis. Physikal. Bhdlg. der, Maki 1089.
Pottsche Krankheit 1151.
Präputium s. Fibromyom.
Primeldermatitis. Experimentelle, Pinkus 1017.
Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, Carle 1314.
Prostata u. Prostatektomie, Costano 858.
— Prostatiker ohne, Carraro 860.
— Diagnose u. Bhdlg. d. Frühstadien maligner Erkrankgn. der, Young 1022.
— Anatom. Bau der, Porosz 1024.
Prostatahypertrophie. Schwerste spontane Hämaturie bei, Nicolich 819.
Prostatakarzinome, Neuber 1021.
Prostatakarzinoms. Chirurg. Bhdlg. des, Schapiro 1414.
Prostatakrebs, Wilms 808.
— Modifik. d. perinealen Prostatektomie bei, Proust 1317.
Prostatasekret, Straßberg 1086.
Prostatasteine, Gläsel 1021.
Prostatektomie, Pleschner 1413.
— Prostata und, Costano 858.
— Indikationen zur, Waldschmidt 1023.
— Lokalanästhesie bei, Legueu 1052.
— Normale Verhältnisse des Blasensphinkters u. seine Verändergn. nach, Heyman 1313.
— Dauererfolge der perinealen, Wildbolz 1413.

Digitized by Google

Prostatektomie b. Prostatakrebs. Modifik. d. perinealen. Proust 1317.
Prostatiker ohne Prostata, Carraro 860.
Prostituierten. Ärztl. Fürsorge der jugendlichen, Bendig 906.
— Reglementierg. u. Zwangsbhdlg. der, Flesch 1314.
Prostitution jugendl. Mädchen, Rupprecht 906.
Proteinstoffwechsel b. Hautkrankheiten, Schamberg, Ringer, Raizies u. Kolmer 815.
Pseudopelade, Lebedew 818, Sprinz 1017.
— Keratosis spinulosa d. Kopfhaares und, Piccardi 1309.
Pseudoxanthoma elasticum, Milian 1047.
Psoriasis d. Zungenschleimhaut, Isaac 1016.
— u. Dermatitis exfoliat. m. Übergang in Dermatitis herpetiformis, Semon 1261.
— rupioides. Histologie der wahren, Vignolo-Lutati 1307.
Pulver s. antiseptische, trockenwirkende Pulver.
*Purium, ein neuer Steinkohlenteerester, *Chajes 1183, Lalajanz 1304.
Purpura 998, Sibley 1261.
— n. Scharlach. Tödliche, Biernacki u. Dykes 1074.
— Trauma und, Thibierge 1074.
— Viszerale Affektionen bei, Osler 1075.
— abdomin. Henoch u. chirurg. Eingriffe, Grósz 1074.
— Henochsche, Graig 1074.
— m. Intussuszeption. Henochsche, Barling 1074.
— haemorrhagica usw., Haltenhoff 999.
Pustulösen Hautkrankheiten. Bhdlg. von, Fishen 880.
Pyämide, Werther 999.
Pyelitis gravidarum, Franz 1313.
Pyelographie, wo Kollargol i. d. Harnkanäle u. die Malpighischen Körperchen der Niere eingedrungen war, Troell 1236.
Pyelonephritis wd. Schwangerschaft m. Ureterenkatheterismus bhdlt., Hourtoule 1317.
Pyocyaneus. Bacillus, 1259.
Pyrogallolvergiftung, Schapiro 915.

Quarzlampe. Neuere Indikationen der, Brustein 882.
Quarzlicht bei diabetischer Hautgangrän, Mitschke 1088.
Quecksilber. Tyrosin-, 917.
Quecksilbers. Wirkg. des per os genommenen, Schaefer 916.
— b. Spirillosen. Wirkungsweise des, Hahn u. Kostenbader 916.
— i. d. Organen n. e. Kalomelinjektion. Histochem. Nachweis des, Lombardo 1309.
Quecksilberpräparate. Organische, Kolle u. Rothermund 915.
Quecksilbervergiftung, Pribram 950.
— Akute, Lobsenz 916.
Quinckeschen Krankheit. Pathogenese der, Le Calvé 993.

Radioaktiver Substanzen. Physikal. und biolog. Grundlagen d. Strahlenwirkung, Müller 908.
Radiochromoskop, Nogier 885.
Radiodermitis. Hautläsionen nach einer, Jeanselme 1064.
— Spätfolgen einer heftigen, Navarre 1092.
— Geschichte einer chronischen, Dubois 1093.
Radiodermitiden. Heiße Luft bei ulzerösen, Vignat 1093.
Radiodiagnostik d. Krankheiten d. Harnwege, Suquet 1053.
Radiographie d. Harnwege, Billiard 1053.
— der Nierensteine. Beweglichkeit der Nieren und, Rafin u. Arcelin 1052.
Radiologie. III. Kongreß für, 982.
Radiolymphe. Versuche mit, Freund 892.
Radiotherapie d. Blennorrhoe der Frau, Fabre 1053.
— u. Skarifikationen b. Neurodermitis circumscript. chronica, Moutot u. Beaujeu 1116.
— d. Tuberkulose, Hammersen 1180.
— Hautangiomatose nach, Jeanselme 1065.
Radium als Heilmittel, Falta 887.
— u. Mesothorium, Freund 892.
— — — Äußere Kathodenstrahlen als Ersatz für, Strebel 908.
— Neue externe Applikationsmethode des, Vallet 890.
— b. Angiomen 887.
— i. d. Dermatologie, Riehl u. Schramek 888.
— b. Epithelialkarzinom 891.
— — Gesichtskarzinom n. Xerodermia pigmentosa, Pringle 1260.
— — Hautepitheliomen, Angiomen und Keloiden, Wickham u. Degrais 887.
— — Hautkrankheiten, Simpson 887.
— — Keloiden 887.
— — Lupus 891.
— — Erkrankgn. d. Ohrmuschel, Urbantschitsch 891.

Digitized by Google

Radium b. Sarkom 891.
— — Tuberkulose 891.
Radiumbehandlung, Newconet 950.
— i. d. Chirurgie u. Dermatologie, Dautwitz 890.
Radiumbestrahlungen. Filterapparat für, Bassenge 891.
— Mesothorium- und, Sticker 894.
Radiuminstitut in London. Bericht aus dem, Pinch 1342 (Bis).
Radiummineralbad Brambach i. V. 800.
Radiumtherapie, Wetterer 973.
— Grundlage d. Röntgen- und, Butcher 886.
— Medikamentös kombinierte, Schramek 892.
— äußerer Erkrankungen, Halberstaedter 1410.
— i. d. Dermatologie, Barcat 889.
— d. Hypertrichosis, Esdra 1308.
— i. d. Praxis, Mayer 888.
— maligner Tumoren. Mesothorium- und, Schindler 893.
Radiumträgern. Therapie mit, Jungmann 888.
Rassenhygiene z. Geburtenfrage. Leitsätze d. Deutschen Gesellschaft für, 981.
Raynaudsche Krankheit, Drury 997.
— — e. Symptom d. angeb. Syphilis, Bosányi 996.
— — Mitralstenose und, Mouisset, Savy u. Gaté 997.
Raynaudschen Krankheit. Therapie der, Schreiber 997.
Rektalblennorrhoe b. Vulvovaginitis der Kinder, Wolffenstein 1087.
Repetitorium d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten, Kromayer 1351.
*Resorption d. Salizylsäure aus Pflastern. Kutane, Lenartowicz 791.
Resorzin. Ungewöhnl. Empfindlichkeit gegen, Montgomery 1101.
Rheumatismus nodosus, Leeser 996.
Rhinosklerom, Balzer u. Barthélemy 1047.
Riesenzellengewebe. Milium mit, Hanawa 1089.
*Ringerscher Lösung u. Eigenblut. Bhdlg. juckender Dermatosen mit, Lux 1247, 1273.
Röntgenbehandlung. Fortschritte a. d. Gebiete der, Schmidt 882.
— Spätschädigungen der Haut u. innerer Organe n. therapeutischer, Schmidt 1096.
Röntgenbestrahlung. Haftung des Arztes f. Körperschäden durch, Mertius 1004.
— d. Lymphdrüsentuberkulose, Petersen 1178.
Röntgendermatitiden. Bhdlg. von, Bogrow 1409.
Röntgendiagnose der Aortensyphilis, Eisler u. Kreuzfuchs 1281.
Röntgendiagnostik innerer Krankheiten, Munk 979.
Röntgenschädigungen. Rechtl. Beurteilg. der, Kirchberg 1093.
Röntgenstrahlen a. d. Haut n. d. Passieren saurer od. alkal. Medien. Wirkg. der, Galimberti 854.
— Biolog. u. Heilwirkg. der fluoreszierenden Substanzen in Verbindg. mit, Ghilarducci u. Milani 881.
— Ersatz d. Strahlenwirkg. radioaktiver Substanzen durch, Müller 908.
— Resorptive Wirkg. der, Gottignies 883.
— b. hohen Dosen. Dosierg. der, Gunsett 884.
— m. d. Sabouraudschen Dosimeter. Experim. Studien zur Dosierung der, Ritter, Rost u. Krüger 1365.
— b. Krankheiten d. Handteller, Davis 883.
— als wesentl. Hilfe f. d. frühzeit. Erkennung eines Leprafalles, Miller 1159.
Röntgenstrahlendosen a. d. Haut. Einwirkg. hoher, Regaud u. Nogier 883.
— Apparat z. exakten Schätzung der, Nogier 885.
Röntgenstrahlentherapie. Nichtmetallische Filter in der, Morton 885.
Röntgentherapie. Grundlage d. Radium- und, Butcher 886.
— Handbuch der, Wetterer 973.
— Hohe X-Strahlen-Dosen in der, Regaud u. Nogier 883.
— m. massiven Dosen, Lange 884.
— i. d. Dermatologie, Nemenow 883.
— b. Syringom, Hanawa 1089.
Röntgentiefentherapie. Spätschädigung bei, Dieterich 1095.
Röntgenulkus, Hager 1094.
— v. 11monatl. Dauer. Zellersche Paste bei, Eben 1096.
— n. Pfannenstills Methode bhdlt., Bogrow 1409.
Röntgenverbrennung. Gefahr u. Verhütung der, Pfahler 1093.
Röntgenverbrennungen. Sicheres Mittel z. Vermeidg. von, Ménard 1095.
Röteln. Hämatologische Diagnose der, Schwaer 1136, Hamburger 1136.
Roseola. Fleckfieber und, Fraenkel 1138.
— infantum, Zahorsky 998.
Sakralanästhesie 1414.
Salbe s. Wassersalbe.
Salben bei granulierenden Wunden, Massey 879.
*Salizylsäure aus Pflastern. Kutane Resorption der, Lenartowicz 791.

Digitized by Google

Salvarsan.

(S. auch Syphilis I. L.)

I. Allgemeines.

*Salvarsan, ein echter Farbstoff, Schumacher 1295.
— in England. Außerkraftsetzung des Patentes a. d. Fabrikation von, 1182.
Salvarsaninjektionen b. Affen. Subdur. Neosalvarsan- und, Ellis u. Swift 923.
Salvarsan. Eigentüml. Eigenschaft des, Martinotti 1306.
— Toxische Wirkg. des, Grignolo 923.
Salvarsanwirkung. Arsen- und, Obermiller 923.
— a. d. Eingeweide, Chirokogorow 926.
Salvarsan u. Neosalv. a. Kreislauf und Nieren gesunder u. kranker Tiere. Experim. Studien üb. den Einfluß von, Alwens 924.
Salvarsaninjektionen a. d. Funktion d. Niere. Exp. Untersuchgn. üb. die Wirkung intravenöser, Loewy u. Wechselmann 924.
— a. d. Zusammensetzg. d. Urins. Wirkg. intravenöser, Schoenborn 926.
— Lokalisation des Arsens in den Organen nach, Jeanselme, Vernes, Bertrand u. Bloch 920.
Salvarsan. Schicksal v. intramusk. u. subkut. injiziertem, Takahashi 1407.
— u. Neosalvarsan. Topographie des, Stühmer 1409.

II. Therapie.

Salvarsan b. Vincentscher Angina, Niclot u. Lévy 1054.
— — Blastomykose, Rabello 1413.
— in der Chirurgie, Iwaschenzoff u. Lange 939.
— b. Lepra, Tschumakow 1163.

III. Dosierung und Technik.

Salvarsaninjektionen. Neosalvarsan- und, Schreiber 940.
— Absolut sterile Kochsalzlösungen für, Taege 1318.
Salvarsan und Neosalvarsan. Herstellg. d. Lösungen von, Schoofs 939.
— Äthylhydrokuprein u. Salizylsäure als Adjuvantien von, Morgenroth u. Tugendreich 941.
Salvarsaninjektion. Adrenalin nach, Schwartzmann 971, 1236.
Salvarsan u. Neosalvarsan dch. Enteroklysis. Anwendg. von, Oulmann u. Wollheim 923.
— Infusion od. Injektion von, Zimmern 941.
Salvarsaninjektionen. Lokale anatom. Veränderg. dch. intramuskuläre, Dalla Favera 940.
Salvarsaninjektion. Technik d. intravenösen, Saalfeld 926.
Salvarsaninjektionen. Konzentrierte, Dreyfuß 940.
— Warnung vor mit Öl zubereiteten, Hazen 940.
Salvarsanölsuspensionen. Verteidigg. der Injekt. von, Klotz 941.
Salvarsankupfer, Baermann 942.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Salvarsanbehandlung. Gefahren u. Komplikationen der, Bayly 921.
— Gefahren der, Luithlen 921.
Salvarsanstörungen, Gennerich 923.
Salvarsan. Toxische Wirkg. des, Grignolo 923.
— Zufälle nach, Martin, Darré u. Géry 922.
— Fazialislähmung nach. Heilg. dch. Salv., Demanche 1048.
— Herpes zoster u. H. z. gangraenosus nach, Oettinger 1260.
— Leberschädigung durch, Heinrichsdorff 926.
— u. Insuffizienz d. Nebennieren, Bernard 925, Sergent 925.
— Todesfall nach, Nesbitt 922, Kohrs 922, Król 922, Dreyfuß 1236.
— Ursache des Todes nach, Dreyfuß 1236.
Salvarsantodesfälle. Experim. Untersuchgn. über die, Morel u. Mouriquand 922.

Samariterhauses. Therapeut. Tätigkeit des, Werner 1365.
Samenbläschen. Pathologie der, Palazzoli 861.
Sarkoid. Boecksches, Plancherel 1258.
Sarkoide u. Syphilis, Pautrier 1042, 1047.
Sarkoidgruppe. Notwendigkeit einer Revision der, Pautrier 1042.
Sarkom s. Radium.
Satinholzhautentzündung, eine Berufskrankheit, Franck 1099.
*Sauerstoffmittel in der Dermatologie, Unna 1143, 1170.
Schanker. Misch-, Steinen 1238.
Scharlach, Preisich 1119.
— Abdominalschmerzen bei, Mey 1123.
— i. d. ersten Lebensmonaten. Abortiver, Levi 1120.
— Hemiplegie bei, Savy u. Favre 1123.
— m. Meningitis meningococcica. Geheilter, Barabás 1123.

Digitized by Google

Scharlach. Tödl. Purpura nach, Biernacki u. Dykes 1074.
— Rückfallerkrankungen bei, Day 1124, Haas 1124.
— Abderhaldensches Dialysierverfahren bei, Schulz u. Grote 1122.
— Vermehrte Glykuronsäureausscheidung bei, Oppenheimer 1124.
— Döhlesche Leukozyteneinschlüsse beim, Lippmann u. Hufschmidt 1121, Brinchmann 1121.
— Rumpel-Leedesches Phänomen (Stauungsblutungen i. d. Haut) b. Diagnose des, Richardson 1122, Ebner 1122.
— u. Wassermannsche Reaktion, Jacobovics 1120, Isabolinsky u. Legeiko 1122.
— Theorie des, Cederberg 1120.
— Ätiologie des, Preisich 1120.
— Therapie des, Benjamin 1125, Preisich 1126.
— Bhdlg. der nephrit. Herzanomalien bei, Baginsky 1124.
— Mosersches Serum bei, Grósz u. Wolf 1133.
— Neosalvarsan bei, Akssenow 1134.
— Serumtherapie des, Moog 1133.
— m. Rekonvaleszentenserum. Bhdlg. des, Reiß 1125.
— s. Skarlatina.
Scharlachexanthem. Anomales, Schabad 1123.
Scharlachexanthems in ihrer weiterreichenden Bedeutung. Abblassungserscheinungen des, Kirsch 1123.
Scharlachinfektionsversuche an Affen, Schleißner 1120.
Scharlachkörperchen. Döhlesche, Pappenheim 1121.
Scharlachkranken Kindern. Besondere Antikörper im Blutserum von, Caronia 1122.
Scharlachrekonvaleszentenserum, Koch 1125.
Scharlachrotsalbe u. ihre Modifikationen, Decker 917.
Scharlachstatistik. Baseler, Wolfer 1119.
Schilddrüse b. Sklerodermie 1048.
Schleimhauttuberkulose, Walb 1203.
*— d. ob. Luftwege. Lekutyl bei, Strauß 1007.
Schutzpocken. Geschichte d. Kenntnis d. klin. Verlaufes der, Jaksch 1157.
Schutzpockenimpfung in Bayern 1912, Groth 1157.
Schwangerschaft s. Masern, Nephrektomie, Pyelitis, Pyelonephritis.
Schwangerschaftsdermatosen. Serumbhdlg. der, Heimann 949.
Schwellkörper d. Penis. Bhdlg. der Sklerose der, Montesano 1310.
Schwerfiltertherapie, Löwenthal 1365.
Seborrhoea capitis. Sulfoformbhdlg. der, Eschbaum 1088.
Seife z. Tuberkulosebekämpfung, Zeuner 1197.
— i. d. Bakteriologie, Zeuner 1197.
Seifen. Medikamentöse, Schrauth 1066.
Septikämie m. artikul., kutanen u. subkut. Lokalisationen, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 998.
— Streptokokken-, 999.
Septisch s. Erythem.
Serologie d. Erkrankgn. des Zentralnervensystems, Kafka 1360.
Serologische Probe b. d. zerebralen Hemiplegie, Dana 1361.
Serotherapie m. frischem Kaninchenserum b. Hautkrankheiten. Heterogene, Tommasi 1310.
Serumbehandlung d. Blennorrhoe, Define 821, 1308.
— von Hautkrankheiten, Stümpke 828.
— der Schwangerschaftsdermatosen, Heimann 949.
Seruminjektionen b. hartnäck. Dermatosen. Eigen-, Gottheil u. Satenstein 948.
Sexualforschung. I. Int. Kongreß für, 1004, 1182.
Sexualhygienischen Literatur VI. Index bibliographicus, Loeb 819.
Sexualpädagogischer Elternabend, Reissert 980.
Sexualwissenschaft. Deutsche Gesellschaft für, 1294.
Sexuelle Neurasthenie, Porosz 1149.
— Störungen psych. Natur, Wizel 861.
Sikkorapparat 949.
Skarlatina. Histolog. Präparate d. Haut bei, Arnheim 877; s. auch Scharlach.
Skarlatiniformes Exanthem nach Atophan, Herrick 1001.
Sklerodermie en bandes, Hoffmann 1016.
— dch. Schilddrüsenbhdlg. geheilt. Generalisierte ödematöse, Bonnet 1049.
Sklerodermia guttata, Breda 1307.
Skorbut. Kinder-, Pritchard 1075.
Sonnenbehandlung der Brandwunden, Laroquette 1077, Oecomos 1077; s. auch Heliotherapie.
Spirillosen. Wirkungsweise des Hg bei, Hahn u. Kostenbader 916.
Spiritus b. Hautkrankheiten, Hammer 918.
Spirochätenbefunde bei Kaninchen, Arzt u. Kerl 1415.
Spirochätenkrankheiten. Antimonpräparate bei Trypanosomen- und, Uhlenhuth u. Hügel 909.

Digitized by Google

Sporotrichose b. e. 14 M. alt. Kinde. Subkut. u. Knochen-, Gougerot, Ehrmann u. Larrousse 1064.
— als Berufsunfall, Gougerot u. Blum 1064.
Staphylogenes Granulom, Copelli 1310.
Staphylokokken verursachten Hautkrankheiten. Vakzinöse Therapie der von, Stein 828.
Statistische Mitteilungen, Jungmann 1193.
Steine des Harnkanals. Große, Farmakowski 819.
— s. Blasen-, Nieren-, Prostata-, Ureterstein.
Steinbildungen. Anurie infolge, Frank 1149.
Steinkohlenteer. Schädigungen dch. rohen, Brocq 1100.
*Steinkohlenteerester. Purium, ein neuer, *Chajes 1183, Lalajanz 1304.
Strahlen s. Kathodenstrahlen.
Strahlentherapie. Sonderausschuß für, 894.
— Derzeitg. Stand der, Altschul 949.
Strahlenwirkung radioakt. Substanzen u. Ersatz derselben dch. Röntgenstrahlen. Physikal. u. biolog. Grundlagen der, Müller 908.
Strahlung s. Ultraviolette St.
Streptobacillus pleomorphus pellagrae 1025.
Streptodermien, Schiperskaja 970.
Striktur s. Harnröhrenstriktur.
Suburethrale Kanäle. Abnormale, Lévy u. Planson 858.
Südsee-Kolonien. Ärztl. Versorgg. in den, 1030.
Sulfoform. Path.-anatom. Veränderg. der gesunden Haut durch, Kopytowski 1235.
— i. d. Dermatologie, Joseph u. Kaufmann 918.
Sulfoformbehandlung der Seborrhoea capitis, Eschbaum 1088.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

Anaphylaxie b. Syphilis, Bouveyron 1220.
Ansteckungsfähigkeit frischer latenter Syphilis, Finger 1221.
Arbeitsfähigkeit? Beeinflußt eine syphilit. Infektion die Lebensdauer und, Reckzeh 1215.
Bevölkerung. Gefahren d. Syph. f. die, French 1214.
Biologie der Syphilis, Mc Donagh 1237.
— d. humanen Syphilis, Gennerich 1240.
Ehe. Prophylaxe d. Syph. in der, Balzer 1218.
Entschädigungspflichtig? Ist Wiederausbruch latenter Syph. dch. Unfall, Müller 1221.
Extragenitaler Schanker, Payenneville 821.
Augenlids. Schanker d. oberen, Bobrie 820.
Augenwinkeln. Primäraffekte an bd. inneren, Mibelli 1310.
Konjunktiva bulbi. Primäre Syphilis der, Spratt 1238.
Kopfhaut. Syphil. Primäraffekte d. behaarten, Müller 850.
Lippen. Doppeltes Primärsyphilid der, Pernet 1261.
*Nabel. Syphilit. Primäraffekt am, Rille 1271.
Unterschenkel. Syphil. Schanker am, Balzer u. Barthélemy 1043.
Fieber u. syphilit. Morbus Potti. Tertiärsyphilitisches, Cappello 969.
— als einziges Symptom latenter Lues, Kraus 1221.
— Syph. und, Glaser 1222.
Friseuren. Syph. bei den, Fouquet 1219.
Gefahren d. Syph. f. d. Gesellschaft, Blaschko 1314.
— — — f. d. Allgemeinheit, Gaucher u. Gougerot 1314.
Heirat des Syphilitikers, Fournier 1217, Brocq 1217.
Herxheimersche Reaktion, Bizzozero 1329.
Infektionsgefahr der Syphilis, Klausner 1215.
Insontium. Syphilis, Planner 1238.
Kaninchenvirus. Zufällige syphilit. Infektion d. Menschen mit, Danila u. Stroe 1387.
Latente Syphilis od. Paralyse u. Tabes. Sogenannte, Minor 1336.
*Latenten Stadium d. erworbenen Syphilis. Infektiosität des Blutes im, Frühwald 1319.
Latenter Syph. dch. Unfall entschädigungspflichtig? Ist Wiederausbruch, Müller 1221.
— — Ansteckungsfähigkeit frischer, Finger 1221.
— — Fieber als einziges Symptom, Kraus 1221.
— syphilit. Herde. Reaktivierung, Lacapère 1221.
Latenz d. Syphilis. Ungewöhnl. lange, Stern 1221.
Lebensdauer u. Arbeitsfähigkeit? Beeinflußt eine syphilit. Infektion die, Reckzeh 1215.
Mischschanker, Steinen 1238.

Digitized by Google

Anorektale u. vulväre Syphilis. Tertiäre, Vignolo-Lutati 850, 1307.
Anorektales Syphilom, Bonnet 1246.
Bantischen Krankheit. Syphilis v. Typus der, Caussade 1246.
Blase. Gumma der Prostata und, Rush 1262.
Blasensyphilis, Duroeux 1262, Gayet u. Favre 1316.
Corpus cavernosum. Schankriformes Gumma des, Lemos 820.
Corpora cavernosa b. e. alt. Syphilitiker. Diffuse Infiltration der, Favre 1262.
Diabetes insipidus syph. Natur dch. Neosalvarsan gebessert, Laignel-Lavastine 1246.
— — b. Syph. im Zentralnervensystem, Hardrat 1333.
— mellitus. Syph. in der Pathogenese des, Rosso 1246.
Halses. Arsenverbindungen b. syphilit. Erkrankgn. der Nase u. des, Whale 1243.
Hydrozele b. Erwachsenen. Syphilitische, Dufour 1263.
Ikterus syphilit. Natur. Hämolytischer, Nicolas, Massia, Gaté u. Pillon 1246.
— syphiliticus praecox m. akut. gelber Leberatrophie, Michael 1410.
Innerer Organe. Syphilit. Erkrankungen, Lenzmann 1241.
Kehlkopfs. Tracheotomie nch. Gumma des, Harrison 1377.
Laryngitis luetica. Diagnose u. Therapie der, Beck 1243.
— — od. tuberculosa u. Polyarthritis syph. acuta, Geszti 1244.
Leber. Große syphilit. Tumoren der, Lejars 1246.
Leberatrophie. Ikterus syph. praecox m. akuter gelber, Michael 1410.
Lippen. Doppeltes Primärsyphilid der, Pernet 1261.
Luftwege. Bemerkgn. üb. die Diff.-Diagnose zw. Tuberkulose u. tert. Syph. der Schleimhäute der oberen, Strandberg 1165.
Lungensyphilis, Roussel 1245.
— Tertiäre, Bartels 1245.
Magenveränderungen. Sekund. Syph. und, Neugebauer 1378.
Milz. Tertiäre Syphilis der, Jeanselme 1246.
Nase u. d. Halses. Arsenverbindgn. b. syphilit. Erkrankungen der, Whale 1243.
Nephritis u. Typhus. Sekundär-syphilitische, Colombe 1090.
— Ätiolog. Rolle der Syph. bei, Lian u. Vernes 1378.
Niere. Degenerative Syphilis-, Munk 1264; Diskussion ibidem.
Nierensyphilis, Moritz 1263, Welz 1264.
Nierensyphilom, Demoulin 1264.
Ösophagus. Syphilit. Lähmung des, Saundby 1245.
Prostata u. Blase. Gumma der, Rush 1262.
Typhus u. Syphilis, Josué 1217.
— Sekund.-syph. Nephritis und, Colombe 1090.
Viszeralen Affektionen. Häufigkeit der Syph. bei, Weill 1245.
Vulväre Syphilis. Tertiäre anorektale und, Vignolo-Lutati 850, 1307.

F. Syphilis der Haut und deren Anhangsgebilde.

Keloid u. Syphilis, Gougerot 822.
Keratodermia plantaris syphilitica, Coyon u. Burnier 821.
Kopfhaut. Syphilit. Primäraffekte d. behaarten, Müller 850.
Lupus syphiliticus, Heinemann 1380.
*Nabel. Syphilit. Primäraffekt am, Rille 1271.
Negerin. Annuläres papulöses Syphilid bei einer, Fox 1243.
Nigricante. Syphilis, Isaac 849.
Pigmentflecken syphilit. Ursprungs, Milian 1288.
Sarkoide u. Syphilis, Pautrier 1042, 1047.
Schamberg u. a. d. Peniswurzel b. d. Muselmännern in Algier. Häufigkeit des Schankers am, Brault 1044.
Schankriformes Gumma d. Corp. cavernosum, Lemos 820.
Tertiäre Syph. und Hauttuberkulose, Holland 1377.
Ulzeröses Syphilid. Generalisiertes, Machado 1413.
Vitiligo b. e. Syphilitiker, Pautrier u. Rabreau 1065.
— syphilit. Ursprungs, Merklen 1288.

G. Syphilis des Blutes, des Blut- und Lymphgefäßsystems.

Adenopathie. Gummöse Syphilis mit, Nicolas, Massia, Gaté u. Pillon 1243.
Anämie u. Syphilis. Perniziöse, Nathan 822.
— Luetische perniziöse, Weicksel 1281 (Bis).
Aneurysma usw. Endokarditis luetica d. linksseit. Aortenklappe mit, Quarta 1282; s. auch Aortenaneurysma.

Digitized by Google

Angina pectoris syphilitica, Gaucher u. Cesbron 821.
Aorta relat. z. gewöhnl. Arteriosklerose u. z. Syph. überhaupt. Häufigkeit d. syphilit. Sklerose der, Lenz 1282.
Aortenaneurysma u. Aortitis syphilitica, Dumont 1284.
Aortenerweiterung b. Heller-Doehlescher Aortitis, Kraus 1283.
Aortenklappe m. Aneurysma usw. Endokarditis luetica d. linksseitigen, Quarta 1282.
Aortensyphilis. Röntgendiagnose der, Eisler u. Kreuzfuchs 1281.
— Plötzlicher Tod bei, Tilp 1283.
Aortenveränderungen b. Affen. Syphilitische, Boveri 1387.
Aortitis. Syphilitische, Held 1282.
— u. erworb. Syphilis. Chronische, Gaucher u. Brin 820.
— Ätiolog. Rolle d. Syph. bei chronischer, Lian u. Vernes 1378.
— Aortenerweiterung b. Heller-Doehlescher, Kraus 1283.
— syph. Aortenaneurysma und, Dumont 1284.
— — mit Insuffizienz, Gallavardin 1282.
— — Hochgrad. Meteorismus bei, Engländer 1380.
— Ungleichheit des Radialpulses b. d. chron. syphilitischen, Vinit 1284.
— Bhdlg. d. syphilitischen, Dubois 1284.
Arteriitis luetica d. Arteria pulmonalis, Willmann 1380, Quarta 1282.
Arteriosklerose u. Syphilis, Campana 854.
Blute von Paralytikern. Vorkommen von Spirochäten im, Levaditi 1358, 1417.
— — — syphilitisch infiziert werden? Können Kaninchen m. dem, Graves 1416.
Blutes u. Liquors. Serolog. Untersuchg. des, Eicke 877.
— Syphilitischer. Infektiosität des, Frühwald 1216.
*— im latenten Stadium d. erworbenen Syphilis. Infektiosität des, Frühwald 1319.
Bluterneuerung durch Salvarsan bei Syphilitikern, Marie u. Guénot 1282.
Blutgefäße u. d. Herzens. Luet. Erkrankungen der, Mahler 1378.
Drüsen bei Syphilis. Supratrochleare, Lévy-Fränkel 1236.
Endokarditis luetica d. linksseit. Aortenklappe m. Aneurysma usw., Quarta 1282.
Gefäßsystems am Herzen. Syph. des, Bianchi 1281, Gnudi 1281.
Herz b. Syphilitikern, Brooks 1280.
Herzen. Syph. des Gefäßsystems am, Bianchi 1281, Gnudi 1281.
— als Wirkg. d. Spirochaeta pallida. Primäre Gewebsläsionen am, Warthin 1379.
Herzens. Multiple Gummata des, Lombardo 1281.
— Luet. Erkrankgn. d. Blutgefäße u. des, Mahler 1378.
Karotis dch. e. phagedän. Gumma. Arosion der, Laurent 1045.
Leukämie u. Syphilis. Myeloide, Nanta 854.
Lungenarterie. Ausgebreitete Arteriitis luetica der, Quarta 1282, Willmann 1380.
Lymphadenitis gummosa, Campana 854.
Phlebitis syphilit. cerebrospinalis, Versé 1284.
Sera gg. best. Chemikalien. Spezif. Verhalten luetischer, Wiener u. Torday 979.

H. Syphilis der Gelenke, Knochen, Muskeln.

Amyotrophie m. rapid. Verlauf. Progressive syphilitische, Gonnet 1289.
— d. Schultergürtels. Syphilit. spinale, Kummant 1289.
Gelenksyphilis. Knochen- und, Axhausen 1265.
Knochensyphilis. Anormale, Lenormant 1265.
— Gelenk- und, Axhausen 1265.
Muskelatrophie. Syphilis als Ursache progress. spinaler, Burr 1262.
Ostitis fibrosa. Syphilis als ätiolog. Faktor bei, Skillern 1265.
Polyarthritis syph. acuta. Laryngitis luet. od. tubercul. nebst, Geszti 1244.
Potti. Tertiärsyph. Fieber u. syphilit. Morbus, Cappello 969.
Wirbelerkrankung. Subokzipitale syphilitische, Gaucher u. Bory 821.

I. Syphilis des Nervensystems.

Cerebralis mit multiplen Hirnnervenlähmungen. Syphilis, Bonnet 1332.
Cerebrospinalis. Phlebitis syphilitica, Versé 1284.
Fazialislähmung nach Salvarsan. Heilg. dch. Salvarsan, Demanche 1048.
Halluzinosen d. Syphilitiker, Plaut 976.
Hemiplegie. Syphilitische, de Massary u. Chatelin 1289, Babonneix 1289.
— b. Syphilis, Mackinnon 1289, 1290.
Hirnnervenlähmungen. Syph. cerebralis mit multiplen, Bonnet 1332.

Digitized by Google

Landryschen Erscheinungen u. späteren tabischen. Syphilit. Infektion m. nachfolgenden, Macnamara 1337.
*Liquor cerebrospinalis b. sekund. Syphilis, Wile u. Stokes 1079, 1107, 1127.
— — u. Syphilis, Dind 1317.
— — b. Paralytikern. Infektiosität des, Mattauschek 1354, Volk 1361.
Liquors. Serolog. Untersuchg. des Blutes und, Eicke 877.
Liquorbefund. Diagnose d. „frühluet. Meningitis" an dem, Hauptmann 1334.
Lumbalpunktat. Allgem. nervöse Symptome im Frühstadium der Syphilis und, Wechselmann u. Dinckelacker 1361.
Meningitis. Metaschankröse, präroseolische syphilitische, Lavau 1040.
*— luica 9 W. n. d. Primäraffekt. Rasch tödl. verlaufene, Fahr 1103.
— optica bei frischer Syphilis, Lapersonne 1269.
— f. die Bhdlg. der Syphilis. Bedeutg. d. Kenntnis der, Jeanselme 1334.
— a. d. Liquorbefund. Diagnose der frühluetischen, Hauptmann 1334.
Metalues. Neue Gestaltung des Begriffes u. Wesens der, Erb 1293.
Migräneanfälle syphilit. Natur, Roubaudi 1290.
Nervosa. Lues, Mörchen 1292.
Nervenerkrankungen u. Kontrolle dch. Untersuchg. der Zerebrospinalflüssigkeit. Intensive Bhdlg. der syphilitischen, Brem 1291.
Nervenkrankheiten. Therapie der syphilitischen, Oppenheim 1291.
Nervensymptome b. frischer Syphilis, Leopold 1086.
Nervensyphilis aufdecken? Wie kann man die, Ravaut 1263.
— Klin. Formen der, Dercum 1290.
— Intradurale Neosalvarsaninjektionen bei, Ravaut 1292.
Nervensystem. Syph. und, Collins 1291.
Nervensystems. Bhdlg. d. Syph. des, Krohn 1340, Fordyce 1363.
— Intralumbale Injektionen bei Syph. des, Campbell 1364.
— Salvarsan b. Syph. des, Iwatschenzow 1292.
— m. Hg u. Salvarsan. Bhdlg. d. postsyphil. Erkrankgn. des, Tschirjew 1337.
Nervöse Symptome im Frühstadium d. Syphilis u. Lumbalpunktat. Allgemeine, Wechselmann u. Dinckelacker 1361.
Neurasthenie. Syphilis und, Krebs 1292.
Neuropathologie. Moderne Syphilisforschung und, Steiner 1389.
Okulokardialen Reflexes b. Syphilis. Ausbleiben des, Loeper u. Mougeot 1266.
Paralyse u. Syphilis. Progressive, Noguchi 1353, Meyer 1361.
— Prakt. Gesichtspunkte bei Beurteilung der, Steyerthal 1341.
— ? Welche klin. Form d. Syph. führt am häufigsten zur progressiven, Collin 1354.
— Der endogene Faktor i. d. Pathogenese der, Näcke 1355.
— Juvenile, Ledermann 849.
— u. Tabes. Sog. latente Syph. oder, Minor 1336.
— Lebende Spirochäten bei progressiver, Geber u. Benedek 1357, 1418.
— Spirochäte der progressiven, Levaditi u. Marie 1358.
— Spirochaeta pallida im Gehirn bei progressiver, Fiocco u. Minassian 1419.
— Infektiosität des Liquor cerebrospinalis bei progressiver, Volk 1361, Mattauschek 1354.
— Tabes dorsalis u. Alkoholismus chron. dch. die 4 Reaktionen. Diff.-Diagnose zwischen progressiver, Pflüger 1338.
— u. Tabes. Serumreaktionen in der, Jeanselme 1361.
— Wesen, Diagnose, Prognose u. Therapie der progressiven, Ball 1355.
— Diagnose u. Bhdlg. der, Bériel 1356.
— u. Tabes. Bhdlg. d. progressiven, Krohn 1340.
— — — Neue Bhdlgsweise d. progressiven, Donath 1340.
— u. Neosalvarsan. Progressive, Marie u. Levaditi 1359.
— Intradurale Neosalvarsaninjektionen bei, Jeanselme 1361.
— Subarachnoidale Injekt. v. Neosalvarsanserum bei progressiver, Marinesco u. Minea 1360.
— dch. Injekt. v. Salvarsanserum unter die Dura mater cerebralis. Bhdlg. d. progressiven, Levaditi, Marie u. Martel 1359, 1362.
— rapid beschleunigt dch. Salvarsan, Bobrie 1237.
— Wasserm.-Reakt. u. Salvarsan. Progressive, Sicard 1354.
— gedeuteter, dch. Salv. geheilter Krankheitsfall. Als, Wechselmann 1355.
— u. Tabes. Arachnoidale Injektionen mit Serum v. Syphilitikern b. progressiver, Bériel u. Durand 1339.
— Technik der intrakraniellen Bhdlg. der progressiven, Levaditi, Marie u. Martel 1363.
— Tuberkulinkur b. progressiver, Wachsmann 1362.

Digitized by Google

Paralyse n. d. Methode v. Wagner. Bhdlg. der progressiven, Pilcz 1359.
— Tuberkulin-Hg-Bhdlg. der progressiven, Wagner 1359.
— s. Taboparalyse.
Paralysefrage. Heutiger Standpunkt der Lues-, Nonne 1351.
— Heutiger Stand der Tabes-, Vix 1335.
Paralytica. Entartung d. Neurone, Syph. und Dementia, Mott 1330.
— u. Syphilis. Dementia, Noguchi 1354.
— Hirnpunktion u. Untersuchg. des Treponemas bei Dementia, Bériel 1356.
— progressiva. Spirochäten bei Dementia, Geber, Benedek u. Tatar 1357.
— Intraspinale Bhdlg. bei Dementia, Mapother u. Beaton 1359.
Paralytikern. Infektiosität des Liquor cerebrospinalis bei, Mattauschek 1354, Volk 1361.
— n. Salvarsan. Objekt. Nachweis der Intelligenzbesserung bei, Zimkin 1355.
— Lebende Spirochäten im Gehirn von, Forster u. Tomasczewski 1356.
— Spirochäten im Gehirn von, Noguchi 1357, Marie, Levaditi u. Bankowski 1357 (Bis), 1417.
— Spirochaeta pallida im Gehirn von lebenden, Wile 1357, Bériel u. Durand 1357.
— Spirochäten im Gehirn von im Anfall gestorbenen, Marie, Levaditi u. Bankowski 1357.
— — — Blute von, Levaditi 1358, 1417.
— syphilitisch infiziert werden? Können Kaninchen m. d. Blut von, Graves 1416.
Paralytikers n. Neosalvarsan. Tod eines, de Massary u. Chatelin 947.
Paralytikergehirns im Tierexperiment. Nachweis der Spirochäten des, Berger 1415.
— Spirochäte des, Forster u. Tomasczewski 1418.
Paralytischen Gehirns. Positive Impfung von Kaninchen mit Substanz eines, Nichols u. Hough 1415.
— Gehirnen auf Kaninchen. Überimpfung d. Spirochaeta pallida von, Noguchi 1416.
Paraplegie. Salv. bei Erbscher, Bériel 1361.
Parasyphilis. Pathologie der, McIntosh u. Fildes 1331.
Pupillenstarre b. Fehlen von Tabes, Paralyse u. Syph. cerebrospinalis. Isolierte reflektorische, Nonne u. Wohlwill 1267.
— Bewertung der reflektorischen, Maas 1267.
Pupillenstörungen. Zerebrospinalflüssigkeit bei isolierten, Aßmann 1268.
Radialislähmung v. Typus der Bleilähmung b. e. Syphilitiker, de Massary, Bardon u. Chatelin 1289.
Tabes, Erb 1334.
— u. Syphilis, Meyer 1361.
— Sog. latente Syph. oder Paralyse und, Minor 1336.
— Amyotrophische, Drey u. Malespine 1338.
— atactica, Tschirjew 1337.
— Grundlagen der, Maloney 1336.
— Beginnende, Granclément 1336.
— Histogenese der, Richter 1337.
— ein serolog. Vorbote d. Taboparalyse. Wassermannfeste, Kaplan 1338.
— dorsalis, progress. Paralyse u. Alkoholismus chron. dch. die 4 Reaktionen. Diff.-Diagnose der, Pflüger 1338.
— — — — Serumreaktionen in der, Jeanselme 1361.
— Moderne Bhdlg. der, Collins 1338.
— u. progress. Paralyse. Bhdlg. der, Krohn 1340.
— — — — Neue Bhdlgsweise der, Donath 1340.
— — — — Arachnoidale Injekt. mit Serum v. Syphilitikern bei, Bériel u. Durand 1339.
— — — — Intradurale Neosalvarsaninjektionen bei, Jeanselme 1361.
— Salvarsan bei, Dreyfus 1332, Vitek 1340.
Tabesfrage. Heutiger Stand der Paralyse-, Vix 1335.
Tabischen Erscheinungen. Syph. Infektion m. nachfolgenden Landryschen u. späteren, Macnamara 1337.
Tabischer Erscheinungen dch. Arsen u. Bakterienpräparate. Heilung, Döllken 1340.
Taboparalyse. Wassermannfeste Tabes, ein serolog. Vorbote der, Kaplan 1338.
Zentralnervensystems. Biolog. Reaktionen b. syphilogenen Erkrankgn. des, Neue 1331.
— Diabetes insipidus b. Syphilis des, Hardrat 1333.
— Spirochaeta pallida bei frisch- und spätsyphilit. Erkrankgn. des, Versé 1418.
— Experim. Syph. des, Weygandt u. Jacob 1386 (Bis).
— syphilit. Kaninchen. Patholog. Histologie des, Steiner 1389.
— b. Kaninchen. Erzeugg. u. Histopathologie d. experiment. Syph. des, Steiner 1389.
— Chirurg. Bhdlg. d. syphilit. Erkrankungen des, Pussep 1333.

Digitized by Google

Zentralnervensystems. Salvarsan bei Lues des, Dreyfus 1332.
— n. Swift u. Ellis. Bhdlg. d. Syph. des, Eskuchen 1332.
Zerebralen Syphilis. Prognose u. Therapie der, Schwinn 1331.
Zerebromedulläre Syph. unter d. Bilde der multiplen Sklerose, Froment, Garin u. Ardisson 1334.
Zerebrospinale Untersuchgn. bei geheilter Syphilis, Corbus 1363.
Zerebrospinalen Syphilis. Diagnose und Bhdlg. der, Stewart 1363.
Zerebrospinalflüssigkeit bei isolierten Pupillenstörungen, Aßmann 1268.
— Intensive Bhdlg. der syphilit. Nervenerkrankungen u. Kontrolle dch. Untersuchgn. der, Brem 1291.

K. Syphilis der Sinnesorgane.

Acusticus. Luet. Erkrankg. des Nervus, Väli 1377.
Augenheilkunde. Neosalvarsan in der, Mohr 1280.
Augenlids. Schanker d. oberen, Bobrie 820.
— Gumma des, Rollet u. Genet 1243.
Augensyphilis. Salvarsan bei, Reeder 1269.
— Bhdlg. der, Kleefeld 1270.
Augenwinkeln. Primäraffekte an bd. inneren, Mibelli 1310.
Iris u. Gummata d. Ziliarkörpers. Kondylomata der, Disanto 1269.
Konjunktiva bulbi. Primäre Syphilis der, Spratt 1238.
Ohr. Erworbene Syph. u. inneres, Rigaud 852.
— aus zu diagnostizieren? Ist konstitutionelle Syph. vom, Beck 1237.
Ohrenkrankheiten. Rolle d. Lues i. d. Entstehg. von, Pogány 1380 (Bis).
Optica b. frischer Syphilis. Meningitis, Lapersonne 1269.
Ziliarkörpers. Kondylomata d. Iris u. Gummata des, Disanto 1269.

L. Behandlung der Syphilis.

Abortivbehandlung d. Syph. m. Salvarsan, Guiard 820.
— — — m. Hg u. Arsen, Mariotti 1306.
Antisyphilitischen Mitteln. Aktivitätsveränderungen u. Aviditätsschwankungen des luet. Virus gegenüber, Buettner 1383.
Argulan b. Syphilis, Mibelli 1305.
Arsen. Abortivbhdlg. der Syph. mit Hg und, Mariotti 1306.
— u. Bakterienpräparate. Heilung tabischer Erscheinungen durch, Döllken 1340.
Arsenbehandlung der Syphilis. Kombinierte, Duhot 1317.
Arsenpräparate b. Syphilis. Kombination der Silbersalze und, Danysz 920.
Arsenverbindungen b. syphilit. Erkrankungen d. Nase u. d. Halses, Whale 1243.
Behandeln? Wie viele Syphilitiker lassen sich genügend, Philip 1237.
*Behandlung u. Wassermann. Lues-, Fuchs 831.
— a. d. Wasserm. Reaktion. Einfluß der antisyphilitischen, Lévy-Bing, Dogny u. Gerbay 1090.
— u. Prognose d. Syphilis. Wert d. Wasserm. Reaktion für, Saratzeanu 1421.
— d. Syph. bis z. Auftreten v. Sekundärerscheinungen warteten. Warum wir mit der Allgemein-, Klotz 850.
— — — Dreifach kombinierte, Goubeau 1065.
— — — Bedeutg. d. Kenntnis der Meningitis für die, Jeanselme 1334.
— gynäkol. u. geburtshilfl. Patienten m. Syphilis. Moderne Diagnose und, Squier 1220.
— d. Syphiliskranken im Garnisonspitale in Mostar, Binar 1364.
— Widerstandsfähigkeit lokaler Spirochätenherde gegenüb. kombin. Lues-, Fischl 1417.
Elemente. Neue gg. Syph. wirksame, Pelagatti 1306.
*Embarin b. Lues, Waller 1147, Szerdotz 1213, Pap 1256.
Galyl. Sterilisation durch, Reinfektion, Balzer, Fouquet u. Barthélemy 1047.
Hektin b. Syphilis, Mibelli 1305.
Hektininjektionen i. d. Umgebg. des Primäraffektes. Radikalbhdlg. d. Syphilis durch, Mibelli 1305.
*Immunotherapeutische Versuche bei Syphilis, Grosglik 927, 960.
Injektionsnekrosen b. Syphilis, Heidingsfeld 1237.
Kalium Goldzyanür b. Syphilis, Burzi 913.
Lumbalpunktion ist unumgängl. b. d. Syph.-Bhdlg., Duhot 1317.
*Merlusan b. Syphilis, Buchtala u. Matzenauer 917, *Freund 1011.
Mineralwässer b. Syphilis, Brocq 862.
Neosalvarsan b. Syphilis. (Konzentriert), Lurje 818.
— u. Hg b. Syphilis, Shilinski 1018.
— a. d. Wasserm. Reaktion. Einfluß von, Lévy-Bing, Dogny u. Gerbay 1090.

Digitized by Google

Neosalvarsan i. d. Augenheilkunde, Mohr 1280.
— gebessert. · Diabetes insipidus syphilit. Natur durch, Laignel-Lavastine 1246.
— b. progressiver Paralyse, Marie u. Levaditi 1359.
Neosalvarsaninjektionen bei progress. Paralyse u. Tabes. Intradurale, Jeanselme 1361.
— b. Nervensyphilis. Intradurale, Ravaut 1292.
— Intrarachidische, Ravaut 1263.
Neosalvarsanserum b. progressiver Paralyse. Subarachnoidale Injekt. von, Marinesco u. Minea 1360 s. auch Neosalvarsan.
Quecksilber u. Arsen. Abortivbhdlg. der Syph. mit, Mariotti 1306.
— u. Neosalv. b. Syphilis, Shilinski 1018.
— Reinfektion nach Salvarsan-, Boas 1240.
— u. Salv. b. postsyphilit. Erkrankgn. des Nervensystems, Tschirjew 1337.
Quecksilberbehandlung d. progress. Paralyse. Tuberkulin-, Wagner 1359.
Salvarsan b. Syphilis, Truffi 855, Verrotti 855, Majocchi 856, Wechselmann 876, Piccardi u. Vittone 1305, Rühl 1306, Montesano 1306, Carruccio 1306.
— Abortivbhdlg. d. Syph. mittels, Guiard 820.
— im Marinelazarett zu Wik, Gennerich 921.
— Syph.-Pathologie u. Heilwirkg. des, Zeißl 1219.
— a. Syphilitiker u. tier. Gewebe. Wirkungsweise des, Alessi 1311.
— Widerstandsfähigkeit lokaler Spirochätenherde gegenüber, Wechselmann u. Arnheim 1417.
— Reinfectio syph. nach, Gennerich 1240, Müllern-Aspegren 1241.
— -Quecksilber. Reinfektion nach, Boas 1240.
— Wasserm. Reaktion und, Gavini 1306.
— b. Augensyphilis, Reeder 1269.
— Bluterneuerung bei Syphilitikern durch, Marie u. Guénot 1282.
— b. Syph. des Nervensystems, Iwatschentzow 1292.
— u. Hg bei postsyphilit. Erkrankgn. des Nervensystems, Tschirjew 1337.
— Paralyse rapid beschleunigt durch, Bobrie 1237.
— progress. Paralyse u. Wasserm. Reaktion, Sicard 1354.
— Objekt. Nachweis der Intelligenzbesserung b. Paralytikern nach, Zimkin 1355.
Salvarsan geheilter Krankheitsfall. Als Paralyse gedeuteter durch, Wechselmann 1355.
— b. Erbscher Paraplegie, Bériel 1361.
— u. Tabes dorsalis, Vitek 1340.
— b. Lues d. Zentralnervensystems u. bei Tabes, Dreyfus 1332.
Salvarsanserum b. progress. Paralyse. Subdurale Injektion von, Levaditi, Marie u. Martel 1359, 1362.
Salvarsan: Allgemeines, Therapie, Dosierung und Technik, Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen siehe Salvarsan I—IV.
Silbersalze u. Arsenpräparate b. Syphilis. Kombination der, Danysz 920.
Sterilisation d. Syphilis, Leredde 1048.
Therapie d. Syphilis. Pathologie und, Emery 1219.
— Prinzipien d. Syphilis-, Cronquist 1407.
Tuberkulinkur b. progress. Paralyse, Wachsmann 1362.
Tuberkulin-Quecksilberbehandlung der progressiven Paralyse, Wagner 1359.
Unheilbare. Lues, die, Cunningham 1216.

II. Erbsyphilis.

Adenopathien heredit. syphilit. Individuen. Skrofuloide, Vignolo-Lutati 1408.
Alopezie b. e. syphilit. Neugeborenen, Rey 1287.
Aortenveränderungen. Syph. heredit. und, Neugebauer 1284.
Arthritis d. Ellbogengelenkes. Erbsyphilitische, Balzer, de Champtassin u. Galliot 1045.
Cerebrospinalis im Kindesalter. Lues, Barkow 1333.
Chorea u. „Syphilis fruste", Milian 1290.
Congenita. Therapie u. Klinik der Lues, Müller 1285.
— tarda. Syphilis, 1377.
Dementia praecox. Syphilis i. d. Aszendenz von, Meggendorfer 1354.
Diagnose d. heredit. Syph. dch. Vorhandensein v. Lymphdrüsen am Condylus internus. Klin.-biolog. Methode z. frühzeitigen, 1284.
Enzephalopathien. Hered. Syph. u. infantile, Babonneix 820, 1286.
Familiäre Syph. bei parenchym. Keratitis, Boas u. Rönne 1218, Lesser u. Karsten 1218.
Familien. Serolog. u. klin. Untersuchgn. der Syphilitiker-, Raven 1384.
Fraktur. Hereditär-syphilitische, Bonnet u. Lacassagne 1287.

Digitized by Google

Fruchtbarkeit v. syphilit. Eltern. Ungewöhnliche, Watson 1218.
Geistesdefekten. Häufigkeit d. heredit. Syph. bei kongenitalen, Gordon 1286.
Gelenke u. Knochen b. Kindern. Syphilit. Erkrankgn. der, Addison 1266, Owen 1266.
Gelenkentzündung. Synoviale syphilitische, Ledermann 1017.
Gummen b. Neugeborenen. Voluminöse syphilitische, Sauvage u. Géry 1287.
Hereditären Syphilis. Einige klin. Erscheinungen der, Armstrong 1381.
Hydrozephalus und Syphilis, Destefano 1286.
Keratitis. Untersuchgn. üb. familiäre Syph. bei parenchymatöser, Boas u. Rönne 1218, Lesser u. Karsten 1218.
— syphilitica, Braunstein 1269.
— Chemotherapie der luetischen, Szily 1269.
Knochen u. Gelenke b. Kindern. Syphilit. Erkrankgn. der, Addison 1266, Owen 1266.
Knochensyphilis. Späte hereditäre, Badin 1287.
Kongenitale Syphilis 20 J. nach Infektion der Mutter, Boas 1285.
Kongenitalen Syphilis. Fortschritte a. d. Gebiete der Pathologie u. Therapie der, Rietschel 1285.
Kretinismus. Vergleich mit Syph. hereditaria, Schiötz 1286.
Mißbildungen. Rolle der Syph. bei den fötalen, Babonneix 1285.
Nävus u. Erbsyphilis, Gougerot u. Blum 1236.
Neosalvarsan b. heredit. Syphilis, Hughes 1381.
Neosalvarsaninjektionen b. erbsyphilit. Säuglingen. Intravenöse, Blechmann 1288.
Papillitis als frühzeit. Symptom angeborener Lues, Beck u. Mohr 1268.
Plazenta b. Lues. Veränderngn. der, Verdelli 1262.
Quecksilber u. Salvarsan bei angebor. Syphilis, Hoffmann 850.
Raynaudsche Krankheit, e. Symptom d. angeb. Syphilis, Bosányi 996.
Salvarsan b. heredit. Syphilis, Holt u. Brown 1288, Simpson u. Thatcher 1288.
— b. kongenit. Spätsyphilis, Strathy u. Campbell 1288.
— bei angebor. Syphilis. Quecksilber und, Hoffmann 850.
Spätsymptome d. heredit. Syphilis, Sequeira 1286.
Spirochäten in Gummen b. Neugeborenen. Verteilung der, Sauvage u. Géry 1287.
Spontanfrakturen m. verzögerter Heilung bei Erbsyphilis, Kirmisson 1287.
Taubheit usw. Syph. u. kongenitale, Love 1287.
Vererbung der Syphilis, Terebinsky 1285.
Vitiligo erbsyphilit. Ursprungs, Crouzon u. Foix 1287.
Zerebrospinalflüssigkeit bei kongenit. Syphilis. Kolloidal-Goldchlorid-Reaktion der, Grulee u. Moody 1286.

Syringom. Röntgentherapie bei, Hanawa 1089.
Syringome. Eigenartig lokalisierte, Winkler 1407.

Talgdrüsen. Tumor der, Pinkus 849.
Tauchbad d. jüd. Frauen. Rituelles, Hanauer 1154.
Teakholzbearbeitung. Dermatitis nach, John 1099.
Teer s. Steinkohlenteer.
Teerpräparat. Kolloidales, 919.
Telangiektasien. Bilaterale, Sibley 1261.
Terpentin. Skarlatiniformes Exanthem durch, Blackwood 1096.
Testikulin in Dermatologie u. Urologie, Scharff 920.
Therapie. Empirie i. d. dermatologischen, Ravitsch 825.
Thermokoagulation bei Blasenpapillomen, Joseph 1235.
Thorium X u. Mesothorium i. d. Dermatologie, Nägeli u. Jeßner 908.
Tinea, Rabello 1412, 1413.
Transfusionsmethode. Erleichterung der Crileschen, Kahn 1222.
Transplantation v. im Kühlen aufbew. Haut, Heterogene, Martigny 879.
Transplantationen. Modifikat. b. Thierschschen, Hardunin 879.
— s. Hauttransplantationen.
Trauma u. Purpura, Thibierge 1074.
Trichoepithelioma papulosum rodens, Little 814.
Trichophytie d. Fußsohlen, Rabello 1413.
— d. Nägel, Kaufmann-Wolff 848.
— u. Favus in Bessarabien, Mgebrow 971.
Trichophyton granulosum. Kerion durch, Brault u. Vignier 1045.
Trippers. Elektrolyt. Abortivbhdlg. des, Li Virghi 858.
— Bhdlg. des akuten, Tschumakow 1019; s. ferner Blennorrhagie, Blennorrhoe, Gonorrhoe.

Digitized by Google

Tripperfäden. Wichtigkeit d. Untersuchg. der, Eguchi 819, 1313; Bemerkg. dazu Flesch 1314.
Trippervakzine v. Nicolle u. Blaizot, Weil 821.
Trockenluftbehandlung von Wunden u. nässenden u. juckenden Dermatosen, Ledermann 879.
— granulierender Wundflächen, Poth 949.
Trockenwirkende Pulver i. d. Dermatologie. Antisept. und, Ney 873.
Trophischen Störgn. d. Nägel. Neuroarthritische (?) Ödeme mit, Gougerot u. Monod 1065.
Tropicum s. Granuloma, Ulcus.
Tropischen Hautkrankheiten. Neosalvarsan bei, Kersten 943.
Trypanosomenkrankheiten. Antimonpräparate bei Spirochäten- und, Uhlenhuth u. Hügel 909.
Trypanosomiasis. Kombination d. Silbersalze u. Arsenpräparate bei experimenteller, Danysz 920.
Tuberkelbazillus b. klin. verschied. Formen der Hauttuberkulose. Einzelne Typen des, Lipschütz 1408.
Tuberkelbazillen b. Hauttuberkulose. Tierexperim. Untersuchgn. üb. d. Nachweis von, Stern 1176.
— Tuberkuloseimmunität durch, Siebert 1202.
Tuberkelbazillenseptikämie. Erythema nodosum und, Landouzy 1117.
Tuberkulide, Cunningham 1179.
— Klin. u. histo-bakteriol. Studium der, Petrini 1179.
— Lupoide, 1179.
— Papulonekrotische, 1179.
— s. Hauttuberkulide.
Tuberkuliden usw., Tuberkulin bei, Mac Kee 817.
Tuberkulin 1203.
— Rosenbach, Cuno 1189.
— — b. kindl. Tuberkulose, Beck 1190.
— Kutane Diagnostik u. Eisen-, Schuhmacher 1176.
— b. Hauttuberkulose usw., Mac Kee 817.
— b. Lupus vulgaris. Humanes u. bovines, Fönss 1193.
— u. Aurum-Kal. cyanat. b. Lupus. Alt-, Bettmann 1200.
— b. progress. Paralyse, Wachsmann 1362.
Tuberkulindiagnostik. Psycholog. Beobachtg. b. subkut., Fels 1176.
Tuberkulin-Quecksilberbehandlung der progressiven Paralyse, Wagner 1359.
Tuberkulinreaktionen b. Hauttuberkulose. Örtliche, Rosenbach 1176.
Tuberkulose dch. rituelle Zirkumzision, Holt 1177, Champtaloup 1203.
— Gewisse exfoliative Erythrodermien und, Polland 1258.
— b. Menschen. Geflügel-, Loewenstein 1178.
— dch. Typus gallinaceus, Lipschütz 1408.
— Erythema nodosum und, Meara u. Goodridge 1116, Moro 1117, Hutinel 1117, Gautier 1117, Carle 1117, Leriche u. Dor 1165.
— u. tert. Syph. d. Schleimhäute d. ob. Luftwege. Diff.-Diagnose der, Strandberg 1165.
— Chemotherapie der, Bruck 1190, Strauß 1201.
— Kupferbhdlg. bei äußerer, Eggers 1191.
— Radiotherapie der, Hammersen 1180.
— Tuberkulin Rosenbach bei kindlicher, Beck 1190.
— s. Blasen-, Haut-, Lymphdrüsen-, Nieren-, Schleimhaut-, Wirbelsäulen-, Zahnfleischtuberkulose, Radium.
Tuberculosis verrucosa in Lupus vulg. u. umgekehrt. Umwandlg. der, Gougerot 1179.
Tuberculosa s. Laryngitis.
Tuberkulösen. Wasserm. Reakt. bei, Letulle, Bergeron u. Lépine 1179.
— Herpetiforme Eruption bei einem, Jourdanet 1203.
Tuberkulöses Fieber, Campana 1312.
Tuberkulosebekämpfung. Seife in der, Zeuner 1197.
Tuberkuloseimmunität. Wesen der, Römer 1202.
— dch. Tuberkelbazillen, Siebert 1202.
Tuberkuloseinfektion zu erzeugen. Versuche eine lokale Resistenz d. Haut gegen, Stiner u. Abelin 1164.
Tuberkulosetherapie nach Deycke-Much, Deycke u. Altstaedt 1189.
Tumor d. Talgdrüsen, Pinkus 849.
— s. Blasentumor.
Tumoren. Radium- und Mesothoriumtherapie maligner, Schindler 893.
Typhus. Sekundärsyphilit. Nephritis und, Colombe 1090.
— u. Syphilis, Josué 1217.
— Schutzimpfung gegen, Campana 1311.
— exanthematicus. Bakteriol. u. serodiagnost. Untersuchgn. beim, Rizzuti u. Scordo 1139.
— — Jodtinktur intern bei, Ouftion-janinov 1139.
— — s. Flecktyphus, -fieber.

Überempfindlichkeit s. Arzneiüberempfindlichkeit.

Digitized by Google

Überseehefte. Hamburgische medizinische, Brauer u. Hegler 974.
Ulcus atonicum artificiale, Schneider 1018.
— molle serpiginosum, Rabello 1413.
— perforans m. Neurinom a. N. tibialis, Saeves 1410.
— tropicum. Phagedänisches, Rabello 1412.
— s. Röntgenulkus.
Ulcera cruris. Pellidol u. Azodolen bei, Fischer 813.
— mollia extragenitalia, Truffi 1308.
Ultraviolette Strahlung i. d. Therapie. Diffuse, Axmann 882.
Unfall. Totale Alopezie nach, Frank 1016.
Unguentum Obermeyer b. einigen Hautleiden, Cramer 914.
Unsichtbare Schutzmittel gg. Veränderg. d. Haut dch. Licht, Mannich 882.
Urämische Hauterkrankung, Gruber 1096.
Ureter n. Nephrektomie. Rückfluß des Urins dch. den, Lévy-Weißmann 859.
— Erworbener Harnrückfluß dch. den, Pasteau 1315.
Ureteranomalie usw. Angeborene Oehlecker 1024.
Ureterchirurgie 1913, Wagner 1024 (Bis).
Ureterkarzinom, Chiari 1312.
Ureterkatheterismus bhdlt. Pyelonephritis i. d. Schwangerschaft mit, Hourtoule 1317.
— à la suite, Picker 1414.
Uretersteine. Ungewöhnl. große, Specklin 1312.
Uretersteins n. Injekt. v. Glyzerin. Ausstoßung eines, Perrier 1050.
Urethritis u. Epididymitis. Diplococcus crassus als Erreger von, Koenigsfeld u. Salzmann 1087.
— dch. Bact. coli, Panichi 1329.
Urethritiden. Nicht blennorrhagische, Panichi 1329.
Urethroplastik dch. Tunnelierg. u. Transplantation bei schwerer Hypospadie u. Epispadie. Dauerresultate der, Nové-Josserand 857.
Urethrorraphie m. Urinderivation. Spätresultate der zirkulären, Marion 1049.
Urethroskops f. Pathologie, Diagnose u. Therapie der Harnröhrenkrankheiten. Bedeutg. des, Engländer 1152.
Urethroskopie d. hint. Harnröhre. Wert der Irrigations-, Ross 1153.
Urins f. Therapie gew. Hautkrankheiten. Bedeutg. des, Bulkley 822.
— dch. d. Ureter n. Nephrektomie. Rückfluß des, Lévy-Weißmann 859.
Urins Wirkg. intraven. Salvarsaneinspritzgn. a. d. Zusammensetzg. des, Schoenborn 926.
Urinabszeß b. d. Frau, Héresco u. Cealic 1315.
Urologie. Anästhesie in der, Bier 804.
— Extraduralanästhesie in der, Goldenberg 1414, Lichtenberg 1414.
— Testikulin i. der, Scharff 920.
*— III. Kongreß d. internat. Ges. für, Frank 804.
— Internat. Gesellsch. für, 830.
— Association Française d', 982.
Urologisch-Kranken nicht zu infizieren? Wie muß ich mich verhalten, um meinen, Stutzin 1166.
Urotropin 911.
Urtikaria. Entstehg. u. Bhdlg. d. chronischen, Herz 995.
— Anaphylakt. Reaktion bei, Widal, Abrami, Brissaud u. Joltrain 995.
— Diätet. Therapie der, Salomon 996.
— i. Wochenbett. Kalziumtherapie bei, Bollag 996.
— Pigmentierte, Adler 1259.
— pigmentosa congenita, Zernik 847.
— — Brotmann 971.

Vakzinationsbehandlung. Theorie u. Praxis der, Detre 947.
Vakzine. Generalisierte, Voigt 1158.
— Umzüchtg. von Variola in, Külz 1154.
— u. Variola. Hämatologie der, Schatzmann 1142.
— — — Infektions- u. Immunitätsreaktionen bei, Gastinel 1142.
— b. akut. Blennorrhagie. Atoxische, Jungano 1049.
— b. Bromakne, Taylor 1097.
— s. Trippervakzine.
Vakzinales Hautfibrom. Post-, Balzer, Gougerot u. Barthélemy 1064.
Vakzinöse Therapie der v. Staphylok. verursachten Hautkrankheiten, Stein 828.
Vakzinetherapie. Entwicklgn. u. Probleme in der, Parker 828.
— u. Anaphylaxie, Ito 1089.
Vakzineübertragung a. d. Analgegend, Rossiwall 1158.
Vakzinevirus, Prowazek 1158.
Variola b. Neugeborenen, Epstein 1141.
— Poliomyelitis und, Proeschen 1155.
— in Vakzine. Umzüchtung von, Külz 1154.
— u. Kuhpocken. Verwandtschaft von, Ashburn, Vedder u. Gentry 1141.
— u. Vakzine. Hämatologie der, Schatzmann 1142.
— — — Infektions- u. Immunitätsreaktionen bei, Gastinel 1142.
— s. Pocken.

Digitized by Google

Variolastudien a. d. bosn. Rückwanderen a. d. Balkan. Flecktyphus- und, Arzt u. Kerl 1140.
Variolois in Manila, Ashburn, Vedder u. Gentry 1141.
Varizellen wd. des Intrauterinlebens, Pridham 1139.
— b. Neugeborenen, Lereboullet u. Mauricand 1139.
— Indirekte Übertragg. von, Lenz 1140.
— b. Erwachsenen, Lilienthal 1140, Savini 1140, Lenz 1140.
— Schutzimpfung gegen, Kling 1140.
Varizen d. unt. Extremitäten. Operat. Eingriffe bei Ödemen und, d'Oria 994.
Venerische Krankheiten s. Handbuch.
Venerischen Krankheiten. Liga z. Bekämpfg. der, Boruchowitsch 1018.
*Venereal Diseases. Bisherige Tätigkeit der Royal Commission on, Frühwald 1230.
Verbrennungen. Bhdlg. frischer Wunden u. schwerer, Schöne 1077.
— Therapie der, 1090, Beck 1091.
— Alkohol bei, Breitmann 1078.
— Amidoazotoluol bei, Berlatzkaja 1091.
— Noviform bei, Sachs 1078.
Vereisung kleinerer zirkumskript. Hautbezirke m. Äthylchlorid. Vorrichtung zur, Bernecker 1294.
*Gaspar Vianna †, Rille 968.
Vitiligo b. e. Syphilitiker, Pautrier u. Rabreau 1065.
— syphilit. Ursprungs, Merklen 1288.
— erbsyphilit. Ursprungs, Crouzon u. Foix 1287.
— Pigmentation d. Nägel bei, Lombardo 1309.
Vulvovaginitis der Kinder. Rektalblennorrhoe bei, Wolffenstein 1087.
— Heilbarkeit der, Wolffenstein 1087.

Wanderniere. Bhdlg. der, Simon 1312.
Wanzen u. Lepra 1159, 1160.
Warzenentfernungsmittel „Azetokaustin" 878.
Wassermannsche Reaktion u. Hautleishmaniose, Jeanselme 1044.
— — u. Scharlach, Jacobovics 1120, Isabolinsky u. Legeiko 1122.
— — b. Tuberkulösen, Letulle, Bergeron u. Lépine 1179.
Wassersalbe 909.
Werlhofii. Blutgerinnungsfähigkeit, Viskosität u. Blutplättchenzahl bei Morbus maculosus, Steiger 1075.
Wimpernbildung. Einpflanzung lebender Haare zur, Krusius 1054.
Wirbelsäulentuberkulose. Diff.-Diagnose zwischen Nierenerkrankungen und, Orr 1151.
*Max Wolters †, Wechselmann 846.
Wunden. Salben bei granulierenden, Massey 879.
— Trockenluftbhdlg. von, Ledermann 879, Poth 949.
— u. schwerer Verbrennungen. Bhdlg. frischer, Schöne 1077.
Wundbehandlung u. erste Wundversorgung. Moderne, Liermann 879.
Wundlaufens i. d. Armee. Formaldehydlösung z. Verhütung des, Eguchi 1101.
Wundversorgung. Moderne Wundbhdlg. u. erste, Liermann 879.

*Xanthoms. Z. Frage des experimentellen, Lebedew 1343, 1372.
Xanthoma s. Pseudoxanthoma.
Xerodermia pigmentosa. Radium b. Gesichtskarzinom nach, Pringle 1260.
X-Strahlen s. Röntgenstrahlen.

Zahnfleischtuberkulose, Tappeiner 1178.
Zeismus od. Pellagra?, Nightingale 1026.
Zellersche Paste b. Röntgenulkus, Eben 1096.
Zentralnervensystems. Serologie d. Erkrankungen des, Kafka 1360.
Zerebrospinalflüssigkeit. Methode der Einführung v. Heilmitteln i. d. zerebralen Teil der, Ballance 1341.
*Zinkmattan als Unterlage, Unna 895.
Zirkumzision. Tuberkulose dch. rituelle, Holt 1177, Champtaloup 1203.
Zona. Konjugale, Audry 1041.
— intercostalis m. Meningealreizung, Kleefeld 1102.
— Ätiologie u. Pathogenese der, Raymond u. Cot 1101.
— s. Herpes zoster, Zoster.
Zoster. Periarthritis rheumatica chron. nach, Guillain 1102.
— s. Herpes zoster, Zona.
Zosterformen. Atypische, Galissot 1115.
Zuhälterparagraph. Zehn Jahre, Bloch 1154.
Zunge s. Psoriasis, Lichen planus.
Zyste s. Epidermis-, Hydatidenzyste.
Zystenniere. Eingriffe bei der, Mickaniewski 1050.
Zystitis haemorrhag. n. Neosalvarsan. Nephritis und, Nanta 821; s. auch Amöbenzystitis.
Zystom d. Harnblase b. Manne. Multilokuläres, Heineke 1023.
Zystoskopie bei Blasentuberkulose, Heitz-Boyer 1052.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten.

Abbott, Edward H. 830.
Abelin, S., s. Stiner.
Abrami s. Widal.
Achard (Paris) 808.
Addison, Oswald, Syphilit. Erkrankgn. der Gelenke u. Knochen bei Kindern 1266.
Adler, F. S., Über pigmentierte Urtikaria 1259.
Adrian, C., Bericht üb. die Tätigkeit der an die chirurg. Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke, in der Zeit vom 1. Juni 1912 bis 31. Mai 1913 980.
— Hyperalgische Zonen u. Herpes zoster bei Nierenerkrankungen 857.
Aimes, A., Die Bhdlg. der Brandwunden vermittels der Heliotherapie 1077.
Akssenow, Versuch d. Bhdlg. des Scharlachs mit Neosalvarsan 1134.
Alderson, Harry E., Pityriasis rosea: klinische Beobachtungen 816.
Alessandri (Rom) 804, 806.
Alessi, Paolo, Einige Eigentümlichkeiten der Wirkungsweise des Salvarsans auf Syphilitiker u. auf tierische Gewebe 1311.
Alexejeff, A., Zur Diagnose der Enuresis nocturna 857.
Alpago-Novello, L., s. Volpino.
Altschul, Walter, Üb. den derzeit. Stand der Strahlentherapie 949.
Altstaedt, E., s. Deycke.
Alwens, Experimentelle Studien üb. den Einfluß des Salvarsans u. Neosalvarsans a. d. Kreislauf u. die Nieren gesunder u. kranker Tiere 924.
Angel, Martinez, Üb. die chirurg. Bhdlg. d. elefantiast. Ödems 995.
de Angelis, G., s. Tizzoni.
Anitschkow, N., Experim. Untersuchgn. üb. die Ablagerung v. Cholesterinfetten im subkut. Bindegewebe 1410.
*Aoki, T., Über den Favus der unbehaarten Haut in Japan mit besonderer Berücksichtgg. d. bakteriol. Untersuchung 863.
Arcelin s. Rafin.
Ardisson s. Froment.
Armstrong, H., Üb. einige klin. Erscheinungen der hereditären Syphilis 1381.
Arndt, Georg 1102.
Arnheim, Histolog. Präparate d. Haut bei Skarlatina 877; s. auch Wechselmann.
Arning, Eduard 830.
Arzt, L., u. Kerl, W., Variola- und Flecktyphusstudien a. d. boen. Rückwanderern a. d. Balkan 1140.
— — Experimentelle Kaninchensyphilis 1387.
— — Üb. experim. Kaninchensyphilis u. ihre prakt. Bedeutung 1387.
— — Weitere Mitteilungen über Spirochätenbefunde bei Kaninchen 1415.
Asahi, K., u. Murasawa, K., Statistik der Hautgeschwülste der letzten sieben Jahre an der dermatologischen Universitätsklinik zu Kiushiu 1089.
Asch (Straßburg i. E.) 808.
Ashburn, P. M., Vedder, E. B., u. Gentry, E. R., Üb. das Vorkommen von Variolois in Manila 1141.
— — — Verwandtschaft von Variola und Kuhpocken 1141.
Askanazy, M., Die Rolle der Nerven im Leprapozeß 1162.
Aßmann, H., Über das Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit bei isolierten Pupillenstörungen 1268.
Audrain, J., Anatomie d. oberflächl. Lymphgefäßnetzes u. seine Beziehgn. z. Reaktion d. Haut u. Schleimhaut 1045.
Audry, Ch., Konjugale Zona 1041.

Digitized by Google

Augagneur, V. 1126.
Axhausen (Berlin), Btrge. zur Knochen- u. Gelenksyphilis 1265.
Axmann (Erfurt), Üb. diffuse ultraviolette Strahlung in der Therapie 882.

Babcock, J. H., Seit wann existiert die Pellagra in den Vereinigten Staaten von Amerika? 1002.
Babonneix, Die Rolle der Syphilis bei den fötalen Mißbildungen 1285.
— Infantile Enzephalopathien u. Erbsyphilis 820, 1286.
— Syphilitische Hemiplegie 1289.
Bachrach (Wien) 807.
Badin, Paul-Vital, Späte hereditäre Knochensyphilis 1287.
Baermann, G., Behandlungsversuche mit Salvarsankupfer (Framboësie, Malaria, Amöbendysenterie, Lepra) 842.
Bäumer, Eduard, Erfahrungen mit Hexal (sulfosalizylsaurem Hexamethylentetramin) 911.
— Emil, Dermatologische Erfahrgn. mit Levurinose nebst Btrgn. z. Geschichte der Hefetherapie 910.
Bäumler, Ch., Die Diff.-Diagnose der Pocken 1155.
Baginsky, Adolf, Zur Kenntnis der nephritischen Herzanomalien bei Scharlach u. ihre Behandlung 1124.
Ball, Charles R., Das Wesen, die Diagnose, Prognose u. Therapie der progressiven Paralyse 1355.
Ballance, C. A., Eine Methode der Einführung von Heilmitteln i. d. zerebralen Teil der Zerebrospinalflüssigkeit 1341.
Balzer, F., Prophylaxe der Syphilis in der Ehe 1218.
— u. Barthélemy, R., Syphilit. Schanker am Unterschenkel eines 9jähr. Knaben 1043.
— — Ein Fall von Lichen planus corneus d. Gaumendachs 1046.
— — Ein Fall von Rhinosklerom 1047.
— — Generalisierter Lichen planus circinatus 1065.
— — Kongenitale, familiäre, diffuse, generalisierte Alopezie 1065.
— de Champtassin u. Galliot, Erbsyphilitische Arthritis des Ellenbogengelenkes 1045.
— Fouquet, Ch., u. Barthélemy, R., Syphilitischer Schanker, Sterilisation dch. Galyl, Reinfektion 1047.
— u. Galliot, H., Ein Fall v. medianer depapillierender Glossitis 1045.
— — Anormale Drüsen am Penis 1065.
— Gougerot u. Barthélemy, R., Postvakzinales Hautfibrom 1064.
Bankowski, J., s. Marie, A.
Barabás, Z., Ein geheilter Fall von Scharlach, kombiniert mit Meningitis meningococcica 1123.
Barcat, J., Die Radiumtherapie in der Dermatologie 889.
Bardon s. de Massary.
Barkow, Ein Fall von Lues cerebrospinalis im Kindesalter 1333.
Barling, S., Henochsche Purpura mit Intussuszeption; Laparotomie; Genesung 1074.
Bartels, C. D., Über tertiäre Lungensyphilis 1245.
Barthélemy, R., s. Balzer.
Bartholow, Paul, Die Ätiologie der Pellagra. Eine Übersicht der neueren Theorien 1003.
Bartrina (Barcelona) 806.
Bassenge, R., Ein Filterapparat für Radiumbestrahlungen 891.
Bayly, H. W., Die Gefahren u. Komplikationen der Salvarsanbehandlung 921.
Bayon, H., Ein Vortrag üb. klin. u. bakteriol. Momente b. d. Lepra 1160.
— Das Lepraproblem im brit. Reiche 1160.
Bazy, P., Anurie aus unbekannter Ursache 1315.
Beaton, T., s. Mapother.
de Beaujeu, Jaubert, s. Moutot.
Beck, Carl, Die Bhdlg. der kindlichen Tuberkulose m. d. Rosenbachschen Tuberkulin 1190.
— Joseph C., Diagnose u. Therapie der Laryngitis luetica 1243.
— K., u. Mohr, M., Papillitis als frühzeitiges Symptom angeborener Lues 1268.
— O., Ist konstitutionelle Syphilis vom Ohr aus zu diagnostizieren? 1237.
— S. C., Üb. die Bhdlg. der Verbrennungen 1092.
— Btrg. z. Kenntnis der Epidermolysis bullosa congenita 1101.
Beeson, B. Barker, Neosalvarsan vom französischen Standpunkt 942.
Benario, Jakob 1222.
Bendig (Stuttgart), Zur ärztlichen Fürsorge der jugendlichen Prostituierten 906.
Benedek, Ladislaus, s. Geber.
Benjamin, Erich, Die Therapie des Scharlachs 1125.
— Max, Üb. einen Fall von Lupus elephantiasticus 1194.
Berg (Frankfurt a. M.) 808.
Berger, H., Üb. den Nachweis der Spirochäten des Paralytikergehirns im Tierexperiment 1415.

Digitized by Google

Bergeron s. Letulle.
Bériel, L., Diagnose u. Bhdlg. der progressiven Paralyse 1356.
— Meine Hirnpunktion u. die Untersuchg. des Treponemas bei Dementia paralytica 1356.
— Erbsche Paraplegie mit Salvarsan behandelt 1361.
— u. Durand, P., Ein serotherapeut. Versuch bei Tabes u. Paralysis progressiva: arachnoideale Injektionen v. Serum v. Syphilitikern 1339.
— — Spirochaeta pallida im Gehirn von lebenden Paralytikern 1357.
Berlatzkaja, Üb. die Bhdlg. der Verbrennungen mit Amidoazotolnol 1091.
Bernard, Léon, Salvarsan u. Insuffizienz der Nebennieren 925.
— Üb. einen Todesfall dch. Neosalvarsan 946.
Bernecker, O., Üb. eine neue Vorrichtg. zur Vereisung kleinerer zirkumskripter Hautbezirke m. Äthylchlorid 1294.
Bernhardt, Robert, Über die Leukämie der Haut 1085.
— u. Rygier, Stephanie, Üb. sekretorische Niereninsuffizienz b. d. vulg. u. beim parasitären Ekzem 1407.
Bertheim, Alfred 1078.
Bertrand, Raoul, s. Jeanselme.
Best (Rostock), Die Serodiagnostik der Lues 1382.
Bettmann (Heidelberg), Üb. kombinierte Bhdlg. des Lupus mit Alttuberkulin u. Aurum-Kalium cyanatum 1200.
Bianchi, Cesa, Syphilis des Gefäßsystems am Herzen 1281.
Biber, Ein Fall von Molluscum fibrosum 1018.
Biedl (Prag) 807.
Biehler, R., Wundbhdlg. bei Lepra 1162.
Bier, A., Die Anästhesie i. d. Urologie 804.
Biernacki, J., u. Dykes, A. L., Tödl. Purpura im Gefolge von Scharlach 1074.
Billiard, André, Radiographie der Harnwege in der täglichen Praxis 1053.
Binar (Mostar), Bhdlg. d. Syphiliskranken i. J. 1913 im Garnisonspitale in Mostar 1364.
Bizzozero, Enzo, Über die Herxheimersche Reaktion 1328.
Blackwood, J. Douglas, Skarlatiniformes Exanthem dch. Terpentin 1096.
Blandy, G. S., Btrg. z. Studium der Pellagra in England 1002.
Blaschko, A., Die Verwendg. des Lichts z. Bhdlg. von Hautleiden (u. Neubildungen der Haut) 881.
Blaschko, A., Üb. Hauterkrankungen dch. Haar- und Pelzfärbemittel 1098.
— Die Syphilis als Staatsgefahr u. die Frage der Staatskontrolle 1205.
— Die Gefahren d. Syphilis f. d. Gesellschaft u. die Frage der Staatskontrolle 1314.
Blechmann, Intravenöse Neosalvarsaninjektionen b. erbsyphilit. Säuglingen 1288.
Bloch, Marcel, s. Jeanselme.
— R., Zehn Jahre Zuhälterparagraph 1154.
Bloom, Jefferson A., Üb. eigenartig geformte Nieren- u. Blasensteine 1150.
Bloomfield, M. D., Neurovaskuläre Gangrän 998.
Blum, Otto, Üb. Lokalanästhesie b. urolog. Operationen u. Untersuchungen 1022.
— Paul, s. Gougerot.
— Viktor 1422.
Blunck, G., Zur Therapie des Frosterythems u. der Pernionen 1075.
Boas, Harald, Zwei Fälle von Reinfektion bei Salvarsan-Quecksilber-behandelten Patienten nebst einer Zusammenstellung unserer Resultate mit der kombinierten Behandlung 1240.
— Ein Fall von kongenitaler Syphilis 20 Jahre nach der Infektion der Mutter 1285.
— u. Rönne, Henning, Untersuchgn. üb. familiäre Syphilis bei parenchym. Keratitis 1218.
— u. Sturup, Jörgen, Untersuchgn. über Kutanreaktionen m. Organextrakten bei Syphilitikern 1411.
Bobrie, Jean, Schanker d. ob. Augenlids 820.
— Paralyse rapid beschleunigt durch Salvarsan 1237.
Boecker, W., Z. operat. Bhdlg. d. chron. Ödems 995.
Bogrow, S. L., Die Pathologie u. der augenblickl. Stand der Therapie der intraurethralen Follikulitiden 972.
— Bhdlg. der Röntgen-Dermatitiden. Ein Fall v. Röntgen-Ulkus, bhdlt. nach Pfannenstills Methode 1409.
Bollag, K., Btrg. z. Kalziumtherapie (Kalzine) bei Urtikaria im Wochenbett 996.
Bonnet, L. M., Generalisierte ödematöse Sklerodermie dch. Schilddrüsenbhdlg. geheilt 1048.
— Anorektales Syphilom 1246.
— Syphilis cerebralis mit multiplen Hirnnervenlähmungen 1332.
— u. Lacassagne, Jean, Hereditärsyphilitische diaphysäre Fraktur 1287.

Digitized by Google

Borchardt, M., Pflasterverband z. schneller Epithelisierung granulierender Flächen 1270.
Bordoni, E. F., s. Volpino.
Boruchowitsch, Üb. die Aufgabe der Liga z. Bkmpfg. der vener. Krankheiten 1018.
Bory s. Gaucher.
Bosányi, A., Die Raynaudsche Krankheit, ein Symptom der angeborenen Syphilis 996.
Bouveyron, Die Anaphylaxie in der Syphilis 1220.
Boveri, P., Syphilit. Aortenveränderungen b. Affen 1387.
Bowers, Rose A., Die Bhdlg. von Brandwunden 1090.
Brady, James Buchanan 1342.
Brandtner, P., Zwei Fälle von Jododerma bullosum (Jodpemphigus) nach innerl. Gebrauch von Kalium jodatum 1097.
Brandweiner, Alfred 1422.
Brauer, A., Bhdlg. des Lupus m. d. Friedmannschen Tuberkuloseheilmittel 1204.
— L., u. Hegler, C., Hamburgische medizinische Überseehefte 974.
Brault, J., Häufigkeit des Schankers am Schamberg u. a. d. Peniswurzel bei den Muselmännern in Algier 1044.
— u. Montpellier, J., Phthiriasis d. behaarten Kopfes b. Erwachsenen 1044.
— u. Vignier, A., Kerion dch. Trichophyton granulosum in Algier 1045.
Braunstein, Joseph E., Zwei Fälle von Keratitis syphilitica 1269.
Breda, Achille, Neosalvarsan bei nicht syphilit. Affektionen 1307.
— Sklerodermia guttata 1307.
— Angiolupoid 1307.
Breitmann, M. J., Üb. Ödeme, die dch. große Alkalidosen hervorgerufen werden (Sodaödeme) 994.
— Üb. die Alkoholanwendung z. Bhdlg. der Verbrennungen 1078.
Brem, Walter V., Die intensive Bhdlg. der syphilit. Nervenerkrankungen u. deren Kontrolle dch. Untersuchgn. der Zerebrospinalflüssigkeit; vorläufiger Bericht 1291.
Brin s. Gaucher.
Brinchmann, Alex, Die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse 1121.
Brissaud s. Widal.
Brocq, L., Der Kauter i. d. Dermatologie 827.
— Indikationen der Mineralwässer bei Dermatosen u. Syphilis 862.
— Btrg. z. Studium der elefantiastiformen Erscheingn. am Ohre 1040.
Brocq, L., Die dch. den rohen Steinkohlenteer bei seinem Gebrauch in der Dermatologie hervorgerufenen Schädigungen 1100.
— Zur Frage der Heirat des Syphilitikers 1217.
Brodfeld, Eugen, Bei welchen Hautkrankheiten sollen wir Bäder anwenden 827.
Brongersma, H., Ein Fall von Trennung einer Hufeisenniere 857.
— Üb. die Bhdlg. der angeborenen Divertikel der Blase 1021; ferner 806.
Brooks, H., Das Herz bei Syphilitikern 1280.
Brotmann, Ein Fall von Urticaria pigmentosa 971.
Brown s. Holt.
— Hugh Arbuthnot, Masern; periodische Virulenzzyklen 1135.
— William B. 830.
Browning, C. H., Untersuchgn. üb. Syphilis in bezug auf deren Bedeutung f. d. Volksgesundheit 1215.
— Technik d. Wasserm. Reaktion unter spez. Berücksichtigg. der cholesterinhaltigen Antigene 1419.
Bruck (Berlin), Zur Wirkg. der Levurinose auf verschiedene Dermatosen 911.
— Karl, Der Einfluß der Anaphylaxieforschung auf Dermatologie u. Venerologie 980.
— Die Chemotherapie der Tuberkulose mit Ausschluß der Kupferbehandlung 1190.
Brustein, S., Neuere Indikationen der Quarzlampe 882.
Bruusgaard, E., Üb. die akute disseminierte Hauttuberkulose im Kindesalter 1164.
Buchtala, Hans, u. Matzenauer, Rudolf, Merlusan (Tyrosin-Quecksilber) in der Syphilis- u. Blennorrhoetherapie 917.
Buettner, W., Aktivitätsveränderungen u. entsprechende Aviditätsschwankungen des luetischen Virus gegenüber antisyphilit. Mitteln 1383.
Buka, Alfred J., Üb. Methoden z. Trennung einzelner Bakterien aus einem Bakteriengemisch 1150.
Bulkley, L. Duncan, Die Bedeutg. des Urins f. die Therapie gewisser Hautkrankheiten 822.
Bunch, J. L., Üb. die Bhdlg. von Hautkrankheiten mit fester Kohlensäure 878.
Burnier, R., s. Coyon.
Burr, Charles W., Syphilis als Ursache progressiver spinaler Muskelatrophie 1262.

Digitized by Google

Burzi, G., Die Wirkg. des Kalium-Goldzyanürs bei Syphilis u. einigen Hautkrankheiten 913.
Buschke, A., Üb. die ambulator. Nachbhdlg. Geschlechtskranker im Rudolf Virchow-Krankenhaus in Berlin 1004.
— Üb. die Beziehg. d. experimentell erzeugten Tiersyphilis z. menschl. Lues 1386.
— u. Matthissohn, Symmetrische Lipomatosis (Übersicht nebst Mitteilg. von zwei Fällen kombiniert m. Psoriasis und Arthritis) 1409.
— u. Michael, Max Joseph, Zur Kenntnis der hyperkeratotisch-vesikulösen Exantheme bei Blennorrhoe 1408.
Butcher, W. Deane, Üb. die Grundlage der Röntgen- u. Radiumtherapie 886.
Buys, Lupus des Gesichts u. Gehörganges 1194.

Cabot (Boston) 804.
Le Calvé, Üb. die Pathogenese der Quinckeschen Krankheit 993.
Calwell, W., s. Reid.
Cameo, A., Üb. Hexal, ein neues Antizystikum 911.
Campana, R., Lymphadenitis gummosa 854.
— Arteriosklerose u. Syphilis 854.
— Nochmals das Sporozoon des Molluscum contagiosum 1311.
— Üb. die Schutzimpfung gg. Typhus 1311.
— Tuberkulöses Fieber 1312.
Campbell s. Strathy.
— H., Die Bhdlg. der Syphilis des Nervensystems dch. intralumbale Injektionen 1364.
Cappelli, J., Neuer Btrg. z. Studium d. sog. Pemphigus congenitus mit Epidermiszysten 1309.
— Ein Fall von Myositis blennorrhagica 1311.
— Fall von Hydroa vacciniforme m. Hämatoporphyrinurie u. Hypertrichosis 1311.
Cappello, G., Tertiärsyphilit. Fieber u. syphilit. Morbus Potti 969.
Carle, Erythema nodosum und Tuberkulose 1117.
— Einige allgem. Grundsätze üb. die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 1314.
Carleton, Bukk G. 1422.
Caronia, G., Üb. die Anwesenheit besonderer Antikörper im Blutserum von scharlachkranken Kindern 1122.
Carraro, Nicola, Die sog. Prostatiker ohne Prostata 860.
Carruccio, M., Salvarsanbhdlg. der Syphilis 1306.
Carry, Starker Dermographismus 995.
Casper, L. 805, 808.
Cathelin, F., Blasen, die nicht eröffnet werden dürfen 1052.
Caussade, Syphilis vom Typus der Bantischen Krankheit 1246.
Cealic, M., Harnröhrenplastik dch. Transplantation eines Stückes der Vena saphena interna 861.
— u. Ceocalteu, Ein Fall von Pneumaturie 1049; s. auch Heresco, ferner 804.
Cederberg, Armas, Zur Theorie des Scharlachs 1120.
Ceocalteu s. Cealic.
Cervelli, A. R., Über das „Mercurio-Coleolo" 917.
Cesbron s. Gaucher.
Cevidalli, A., s. Radaeli.
Chaix, Albuminurien, die für die Vichy-Trinkkur geeignet sind 1053.
*Chajes, Über Purium, einen neuen Steinkohlenteerester 1183.
Champtaloup, S. T., Multiple subkutane Tuberkulose im Anschluß an die Zirkumzision u. deren Bhdlg. mit Tuberkulin 1203.
de Champtassin s. Balzer.
Chatelin s. de Massary.
Chevallier, Paul, u. Toulant, Erythema multiforme 1118.
— — Polymorphes Erythem m. eigenartigen Augenläsionen 998.
Chevassu (Paris) 806, 810.
Chévelle, A., u. Georgel, M. G., Bukkale Gonokokkie (metastat. Stomatitis) 1053.
Chiari, H., Üb. eine nach Neosalvarsaninjektionen aufgetretene „Myelitis" 946.
— O. M., Über einen Fall von Ureterkarzinom 1312.
Chirokogorov, J., Btrg. z. Studium der Salvarsanwirkg. a. d. Eingeweide 926.
Chuiton, Üb. die Bhdlg. der Frostbeulen mit dem galvan. Strom 1076.
Clark, A. Schuyler, Das Kromayer-Licht in der Bhdlg. gewisser Hautkrankheiten 850.
Cohen, D. E., Über einen Fall von Parapsoriasis 1406.
Cohn, Th. 808.
— Willy, Üb. Ichthyosis atypica 813.
Cole, J. W. E., Bericht üb. e. Fall von Pellagra 1029.
Collin, André, Welche klin. Form der Syphilis führt am häufigsten zur progressiven Paralyse? 1354.

Digitized by Google

Collins, Joseph, Syphilis u. Nervensystem 1291.
— Die moderne Bhdlg. der Tabes 1338.
Colmers (Coburg) 805.
Colombe, J., Sekundär-syphilit. Nephritis und Typhus 1090.
Copelli, Mario, Über das staphylogene Granulom 1310.
— Üb. die Ätiologie des Pemphigus vegetans 1310.
— Üb. die Ätiologie u. Pathogenese des Pemphigus 1329.
Corbus, B. C., Zerebrospinale Untersuchgn. b. geheilter Syphilis. Fälle, bei denen die biolog. Methode als Kontrolle ausgeführt wurde 1363.
Costano, Alberto, Allgemeine Betrachtgn. üb. die Prostata u. die Prostatektomie 858.
Cot s. Raymond.
Coyon, Am., u. Burnier, R., Keratodermia plantaris syphilitica 821.
Cramer, H., Üb. den Einfluß des Unguentum Obermeyer auf einige Hautleiden 914.
Cronquist, Carl, Üb. die Prinzipien der Syphilistherapie 1407.
Crouzon u. Foix, Vitiligo erbsyphilit. Ursprungs 1287.
Crowell, B. C., s. Musgrave.
Cunningham, William P., Neurotische Dermatosen 1116.
— Tuberkulide 1179.
— Lues — die unheilbare 1216.
Cuno, F., Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach 1189.
Cuntz, W., Üb. ungünstige Wirkgn. des Hexamethylentetramins (Urotropins) 911.

Dabney, Virginius, Herpes zoster oticus 1115.
Dana, Charles L., Die serolog. Probe b. d. zerebralen Hemiplegie 1361.
Danila, P., u. Stroe, A., Zufällige syphilit. Infektion des Menschen mit Kaninchenvirus 1387.
Danysz, J., Kombination der Silbersalze und Arsenpräparate b. Bhdlg. der experimentellen Trypanosomiasis u. der Syphilis beim Menschen 920.
Danziger, Felix 1366.
Darier, J., Grundriß der Dermatologie 972.
Darré s. Martin.
Dautwitz, Fritz, Radiumbhdlg. in d. Chirurgie u. Dermatologie 890.
Davis, Haldin, Die Röntgenstrahlen als therapeut. Agens b. Krankheiten d. Handteller 883.
— Epidemische Alopecia ereata 969.
Day, John Marshall, Rückfallerkrankungen bei Scharlach 1124.
Debat s. Jacquet.
Decker, C., Die Scharlachrotsalbe u. ihre Modifikationen 917.
Define, Giacomo, Einige prakt. Erwägungen zur Serumtherapie der Blennorrhoe 821.
— Einige prakt. Bemerkgn. üb. die antiblennorrhoische Serotherapie 1308.
Degrais s. Wickham.
Delbet (Paris) 806.
Delfino, E. A., Fibromyom des Präputiums 969.
Delius, Fritz 1054.
Demanche, Fazialislähmung n. Salvarsanbhdlg. Heilg. dch. Salvarsan 1048; s. auch Queyrat.
Demoulin, Nierensyphilom 1264.
Denman, R., Elektrargol b. Bhdlg. der Pocken 1156.
Dercum, F. H., Die klin. Formen der Nervensyphilis, die Wichtigkeit u. Notwendigkeit, sie auseinander zu scheiden 1290.
Desaux s. Pautrier.
Desnos, E., Hämostat. Eigenschaft der Elektrokoagulation bei Blasentumoren 1052; ferner 806, 809.
Destefano, S., Hydrozephalus u. Syphilis 1286.
Dettenborn, H., Beschreibung der Moulagen von Hautkrankheiten aus der Leipziger Dermatologischen Universitäts-Klinik 1350.
Detre (Budapest), Theorie u. Praxis der Vakzinationsbehandlung 947.
Dewel, A. Cesaris, Physiolog.-pathologische Untersuchgn. üb. das isolierte reviveszierende Herz 1077.
Deycke, G., u. Altstaedt, E., Anderthalb Jahre Tuberkulosetherapie nach Deycke-Much 1189.
Deyer 817.
Dieterich, W., Ein Fall von Spätschädigung bei Röntgentiefentherapie 1095.
Dinckelacker, E., s. Wechselmann.
Dind, Liquor cerebrospinalis u. Syphilis 1317.
Disanto, C., Kondylomata der Iris u. Gummata des Ziliarkörpers 1269.
Dobrovici, A., Üb. die Natur der Adipositas dolorosa 1046.
Döllken, Üb. Heilung tabischer Erscheinungen dch. Arsen u. dch. Bakterienpräparate 1340.
Doeri, A., s. Hatiegan.
Dogny, M., s. Lévy-Bing.
Donath, Julius, Die neue Bhdlgsweise der Tabes dorsalis u. der progressiven Paralyse 1340.

Digitized by Google

Donges (Rostock), Üb. den Einfluß bakterieller Infektionen des Blutserums auf den Ausfall der Komplementbindungsreaktion 1383.
Dor, Louis, s. Leriche.
Dore, S. E., Fall von „multiplen subkut. Fibromen" 1261.
Dreesen, H., Experim. u. therapeut. Erfahrgn. mit Diathermie 828.
Drey u. Malespine, Amyotrophische Tabes 1337.
Dreyfus, G. L., Die Injektion konzentrierter Altsalvarsanlösungen mit der Spritze 940.
— Drei Jahre Salvarsan bei Lues des Zentralnervensystems u. bei Tabes 1332.
Dreyfuß, C., Über die Ursache des Todes nach Salvarsan an der Hand eines neuen Todesfalles 1236.
Drury, Fall von Raynaudscher Krankheit 997.
Dubois, Ch., Geschichte einer chronischen Radiodermitis 1093.
— Paul, Die Bhdlg. der syphilitischen Aortitis 1284.
— Einige Versuche üb. die Wirkg. der Antimonsalze auf die Kaninchensyphilis 1388.
Dufour, Vier Fälle von syphilitischer Hydrozele b. Erwachsenen 1263.
Duguet, Nicolas Jean-Baptiste 1030.
Duhot, Robert, Eine neue Spritze zur Injekt. von konzent., unter Luftabschluß hergestellter Neosalvarsanlösung 942.
— Die Lumbalpunktion ist unumgänglich i. d. Syphilisbhdlg. 1317.
— Die kombinierte Arsenbhdlg. der Syphilis 1317.
— Zur Frage der zur Wasserm. Reaktion nötigen Blutmenge 1420.
Dumont, Aortenaneurysma u. Aortitis syphilitica 1284.
Durand, Paul, Ätiologie des Herpes b. d. Meningitis cerebrospinalis 1101; s. auch Bériel.
Duroeux, Über Blasensyphilis 1262.
Dyer, Isadore, Über Erythema multiforme 1118; ferner 1270.
Dykes, A. L., s. Biernacki.

Eben, Robert, Fall von Röntgenulkus von elfmonatl. Dauer ohne Heilungstendenz. Heilung m. Zellerscher Paste 1096.
Ebner, Franz, Über Stauungsblutungen in der Haut u. ihre Bedeutg. f. d. Diagnose des Scharlachs 1122.
Eggers (Bonn), Erfahrgn. m. d. Kupferbhdlg. bei äußerer Tuberkulose 1191.
Eguchi, Tatsuo, Btrg. z. Bekämpfg. der Blennorrhoe im japan. Heere, speziell üb. die Wichtigkeit d. Untersuchg. d. Tripperfäden 819, 1313.
— Ein experim. Btrg. üb. die Wirksamkeit der Formaldehydlösung z. Verhütg. des Wundlaufens in der Armee 1101.
Ehrlich, P. 1182.
Ehrmann s. Gougerot.
Eichhoff, Joseph 862, 875.
Eichhorst, Hermann, Üb. Erkrankgn. des Rückenmarks bei Menschenpocken 1155.
Eicke (Berlin), Serologische Untersuchg. des Blutes u. des Liquors 877; s. auch Wechselmann.
Eisler, Fritz, u. Kreuzfuchs, Siegmund, Die Röntgen-Diagnose der Aortensyphilis 1281.
Eitner, Felix 1422.
Ekehorn (Upsala) 806.
Ellis, M., u. Swift, H. F., Wirkg. der subduralen Alt- u. Neosalvarsaninjektionen 923.
Emery, W. d'E., Ein Vortrag üb. die Pathologie d. Syphilis m. Bzg. namentlich auf deren Bedeutg. f. d. Therapie 1219.
Engländer, M., Hochgradiger Meteorismus b. e. Falle von Aortitis luetica 1380.
— Simon, Üb. die Bedeutg. des Urethroskops f. d. Pathologie, Diagnose u. Therapie der Harnröhrenkrankheiten 1152.
Engman, Martin F. 830.
Epstein, Alois, Üb. Variola bei Neugeborenen 1141.
Erb, Wilhelm, Betrachtg. üb. die neueste Gestaltung des Begriffs u. Wesens der Metalues 1293.
— Tabes, rückschauende u. nachdenkliche Betrachtung 1334.
Erdmann, Hautkrankheiten und Auge 824.
Eschbaum (Barmen), Btrg. zur Sulfoformbhdlg. der Seborrhoea capitis 1088.
Eschweiler (Düsseldorf), Pemphigus vulgaris. Heilung dch. Neosalvarsaninjektionen 1017.
Esdra, C., Radiumtherapie der Hypertrichosis 1308.
Eskuchen, K., Z. Bhdlg. d. Syphilis des Zentralnervensystems n. Swift u. Ellis 1332.
Euebuske, Claes J., Studien über Jodversan 912.
Eulenburg, Albert 1294, 1318.

Fabre (Paris), Radiotherapie bei Blennorrhoe der Frau 1053.

Digitized by Google

Fabry, Joh., Indikationen u. Kontraindikat. der subkut. Neosalvarsaninjektionen 945.
*Fahr, Th., Über einen Fall von rasch tödlich verlaufener Meningitis luica neun Wochen n. d. Primäraffekt 1103.
Falta, W., Radium als Heilmittel 887.
Fambri, E., Patholog.-anatom. Betrachtgn. üb. e. Fall von Lepra universalis 1159.
Farmakowski, Zur Kasuistik d. großen Steine des Harnkanals 819.
de Favento, P., Multiple Hämorrhagien nach Kalomelinjektionen 1329.
Dalla Favera, Zur Kenntnis der dch. intramuskuläre Salvarsaninjektionen hervorgerufenen lokalen anatom. Veränderungen 940.
— Üb. die sogenannte Hautblastomykose 1308.
Favre, M., Diffuse Infiltration der Corpora cavernosa b. e. alten Syphilitiker 1262; s. auch Gayet, Nicolas, Savy.
v. Fedoroff (Petersburg) 804, 807.
Fels, R., Psychologische Beobachtgn. b. d. subkut. Tuberkulindiagnostik 1176.
Fenyö, A., u. Halmi, E., Die mit Kadogel erreichten Resultate 919.
Ferrari, E., u. Nicolich, G., Malakoplakie der Blase 1024.
Filadoro, P., Aleveolitis pulmonaris syphilitica m. Anthrakosis 1245, 1307.
Fildes, P., s. McIntosh.
Finato, L., u. Novello, F., Untersuchgn. üb. die Hypersensibilität der Pellagrösen 1027.
Finger, E., Die Ansteckungsfähigkeit frischer latenter Syphilis 1221.
— Die Syphilis als Staatsgefahr u. die Frage der Staatskontrolle 1235; ferner 905.
Fiocco, G. B., u. Minassian, P., Die Spirochaeta pallida in der Hirnsubstanz bei Paralysis progressiva 1419.
Fischer, Franz, Über Pellidol u. Azodolen b. d. Bhdlg. der Ulcera cruris 813.
— W., Üb. das gehäufte Auftreten von Exanthemen n. d. Gebrauch von Kopaivabalsam 1001.
*— Studien über Dermatomykosen in Berlin 1391.
— W. (Shanghai), Über Amöbenzystitis 1220.
— Washington Emil 1294.
Fischl, Fritz, Üb. die Widerstandsfähigkeit lokaler Spirochätenherde gegenüb. kombinierter Luesbehandlung 1417.
— Zur Kenntnis der Unfälle dch. Elektrizität 1092.
Fishen, Jessie Weston, Die rationelle Bhdlg. von pustulösen Hautkrankheiten 880.
Flesch, Max, Einfluß der Geschlechtskrankheiten auf die Gesundheit und Fruchtbarkeit der Frau 905.
— Reglementierung u. Zwangsbhdlg. der Prostituierten 1314.
— Bemerkg. z. d. Aufsatz v. Dr. Tatsuo Eguchi: Btrg. z. Bekämpfg. der Blennorrhoe im japan. Heere, spez. üb. die Wichtigkeit der Untersuchg. der Tripperfäden 1314.
Flescher, W., s. Fraser.
Fönss, A. L., Gleichzeitige quantitat. ausgeführte Inokulationen m. humanem u. bovinem Tuberkulin bes. bei Lupus vulgaris u. Lungentbc., nebst klin. u. statist. Btrge. zur Ätiologie des Lupus vulgaris 1193.
Foix s. Crouzon.
*Fontana, Arturo, Üb. die Färbg. der Endfäden des Treponema pallidum 1367.
— u. Sangiorgi, G., Befund von Treponema pallidum im Gehirn eines syphilit. Kaninchens 1416.
Fordyce, John A., Die Bhdlg. der Syphilis des Nervensystems 1363; ferner 817.
Fornet, W., Die Reinkultur des Pockenerregers 1154.
— Üb. den Pockenerreger 1154.
Forster, E., u. Tomaszewski, E., Nachweis von lebenden Spirochäten im Gehirn von Paralytikern 1356.
— — Untersuchgn. üb. die Spirochäte des Paralytikergehirns 1418.
Fossier, A. E., Üb. Erythromelalgie, Bericht üb. 2 geheilte Fälle 1000.
Fouquet, Ch., Die Syphilis bei den Friseuren 1219; s. auch Balzer.
Fournier, Ed., Die Heirat des Syphilitikers 1217.
Fox, George H. 817.
— Howard, Ein Fall von annulärem papulösem Syphilid bei einer Negerin 1243.
Fraenkel, Eine prakt. Bemerkg. üb. eine bequeme u. billige Verordnung von Medikamenten b. Entzündgn. des Harnkanals 971.
— Alfred, Zur Therapie der kalten Füße 996.
— E., Üb. Fleckfieber u. Roseola 1138.
Franchetti, Augusto, Untersuchgn. üb. die Pellagra bei Kindern 1027.
— U., Die milderen akuten infektiösen Exantheme 1119.
Franck, Erwin, Satinholzhautentzündung, eine Berufskrankheit 1099.

Digitized by Google

*Frank, Ernst R. W., III. Kongreß der Internat. Gesellschaft für Urologie. 2.—5. Juni 1914 804; ferner 808, 1318.
— Erwin, Totale Alopezie i. Anschluß a. e. Unfall 1016.
— Louis, Ein Fall von Anurie inf. von Steinbildungen 1149.
— W., Eumattan, eine neue Wassersalbe 909.
Franz, K., Pyelitis gravidarum 1313.
Fraser, H., u. Flescher, W., Der Leprabazillus: ist derselbe gezüchtet worden? 1160.
French, H. C., Syphilis: deren Gefahren f. d. Bevölkerung u. die Frage der staatlichen Kontrolle 1214.
— Die Gefahren der Syphilis f. d. Staat u. d. Frage der Staatskontrolle 1314.
Freudenberg (Berlin) 807, 808, 810.
*Freund, Emanuel, Erfahrgn. m. Merlusan 1011.
— Leopold, Versuche mit „Radiolymphe" 892.
— Radium u. Mesothorium 892.
— Bemerkgn. zur Lupustherapie 1198.
Frieboes, W. 1030.
Friedheim (Naumburg), Üb. metastat. renale u. perirenale Abszesse 1023.
Friedländer, Martin, Die Bedeutg. der Ernährungstherapie in der Dermatologie 824.
Froment, Garin u. Ardisson, Zerebromedulläre Syphilis unter d. Bilde der multiplen Sklerose 1334.
Fronz, Emil, Die Balneotherapie im Kindesalter 828.
Frühwald, Richard, Üb. die Infektiosität des Blutes Syphilitischer 1216.
*— Die bisherige Tätigkeit der „Royal Commission on Venereal Diseases" 1230.
*— Über die Infektiosität des Blutes im latenten Stadium der erworbenen Syphilis 1319.
*Fuchs, Bernhard, Luesbhdlg. und Wassermann 831.

Galimberti, H., Wirkg. d. Röntgenstrahlen auf die Haut n. d. Passieren saurer od. alkal. Medien 854.
— Hemiatrophia facialis d. rechten Seite mit Hemiatrophie des Rückens d. entgegengesetzten Seite 1307.
Galissot, Die atypischen Zosterformen 1115.
Gallavardin, Louis, Aortitis syphilitica m. d. Erscheingn. der Insuffizienz 1282.
Galliot, H., s. Balzer.
Ganghofner, F., Üb. Flecktyphuserkrankungen in Böhmen 1136.
Gans, O., Zur Technik der Blutentnahme und intraven. Infusion 1102.
Garibaldi, G., Kongenitale Veränderg. der Hypophyse 1308.
Garin s. Froment.
Gaskill, Henry Kennedy, Dermatitis herpetiformis m. e. vorübergehenden pemphigusähnlichen Eruption 852.
— Cheilitis exfoliativa 1020; ferner 1366.
Gastaldi (Beausoleil) s. Richaud.
Gastinel, P., Die Infektions- u. Immunitätsreaktionen b. d. Vakzine u. Variola 1142; s. auch Thibierge.
Gaté, J., s. Mouisset, Nicolas.
Gaucher, Ambulator. Bhdlg. der Geschlechtskrankheiten im „Hôpital Saint-Louis" 1065.
— u. Bory, 2 Fälle v. subokzipit. syphilit. Wirbelerkrankung 821.
— u. Brin, Chronische Aortitis u. erworbene Syphilis 820.
— u. Cesbron, Angina pectoris syphilitica 821.
— u. Gougerot, Atrophie d. Lidhaut mit ödematösen Schüben u. Lichen 1047.
— — Die Gefahren d. Syphilis f. die Allgemeinheit u. die Frage der staatlichen Kontrolle 1314.
Gauß (Freiburg) 894.
Gautier, Erythema nodosum u. Tuberkulose 1117.
Gavini, Giuseppe, Wassermannsche Reaktion u. Salvarsan 1306.
Gayet, Wirkung der Nephrotomie b. Nierentuberkulose 1053.
— G., u. Favre, Btrg. z. Studium der Blasensyphilis 1316.
Geber, Hans, Benedek, Ladislaus, u. Tatar Koriolan, Vorkommen von Spirochäten bei Dementia paralytica progressiva 1357.
— — Vorkommen von lebenden Spirochäten bei Paralysis progressiva 1357, 1418.
— J., Üb. den klin. Wert des Kadogel, eines neueren kolloidalen Teerpräparates 919.
— Ein Fall von sept. Erythem (Pyrämia Merk) 999.
— Die Bhdlg. der Hauttuberkulose mit Aurum-Kalium cyanatum 1201.
Gehring, Edwin W., Pellagra in Maine 1002.
Gelarie, A. J., Üb. die Wirkung von Kupferverbindungen auf das Wachstum von Mäusekarzinom 914.
Genet s. Rollet.

Digitized by Google

Gennerich (Kiel), Die Bhdlg. von Geschlechtskrankheiten 879.
— Die bisherigen Erfolge der Salvarsanbhdlg. im Marinelazarett zu Wik 921.
— Über Salvarsanstörungen 923.
— Weitere Beiträge zur Reinfectio syphilitica nach Salvarsan u. zur Biologie der humanen Syphilis 1240.
Gentry, E. R., s. Ashburn.
Georgel, M. G., s. Chévelle.
Gerbay, F., s. Lévy-Bing.
Gerschun, Ein Fall von Bromoderma 1097.
Géry s. Martin.
— L., s. Sauvage.
Geszti, J., Laryngitis luetica oder tuberculosa nebst Polyarthritis syphilitica acuta 1244.
Ghilarducci, F., u. Milani, E., Biologische u. Heilwirkg. der fluoreszierenden Substanzen in Verbindg. mit Röntgenstrahlen 881.
Giemsa, Gustav 894.
Gilchrist 817.
di Givacchino, Tito Costa, Einige Alterationen der Haut u. anderer Organe, ihrer Morphologie u. d. Verlaufe nach studiert u. beschrieben 1312.
Gläsel, Franz August, Calculi prostatici veri 1021.
Glaser, F., Syphilis u. Fieber 1222.
Glawtsche, Einige Worte der Erinnerung an das Jothion, ein Jodpräparat, welches reichlich u. schnell von der Haut aufgenommen wird, wie Besprechg. eines Falles von Dermatitis bei nicht rationeller Anwendg. desselben 1019.
Gnudi, A., Syphilis des Gefäßsystems am Herzen 1281.
Goetzl (Prag) 806.
Goldenberg, Th., Über Extraduralanästhesie (Sakralanästhesie) in der Chirurgie u. Urologie 1414.
Gonnet, August, Progressive syphilit. Amyotrophie m. rapidem Verlaufe 1289.
Goodhue, E. S., Die chirurg. Bhdlg. der Lepra, gestützt auf eine neue Theorie der Infektion 1162.
— Lepra u. Messer 1162.
Goodridge, Malcolm, s. Meara.
Gordon, J. L., Die Häufigkeit der hereditären Syphilis bei kongenitalen Geistesdefekten 1286.
Gotendorf, Alfred N. 1294.
Gottheil, Wm. S., u. Satenstein, D. L., Eigenseruminjektionen b. gew. hartnäckigen Dermatosen 948.
Gottignies, Die resorptive Wirkg. der X-Strahlen 883.
Goubeau, Die dreifach kombinierte Bhdlg. der Syphilis 1065.
Gougerot, H., Keloid u. Syphilis 822.
— Umwandlg. der Tuberculosis verrucosa in Lupus vulgaris u. umgekehrt Umwandlg. eines Lupus vulgaris in Tuberculosis verrucosa 1179.
— u. Blum, Paul, Sporotrichose als Berufsunfall 1064.
— — Lichen planus atrophicus pigmentosus 1048.
— — Nävus und Erbsyphilis 1236.
— Ehrmann u. Larrousse, Subkutane und Knochensporotrichose b. e. 14 Monate alten Kinde 1064.
— u. Meaux Saint-Marc, Septikämie mit artikulären, kutanen (Purpura) u. subkut. (große, diffuse subphlegmonöse Ödeme) Lokalisationen 998.
— u. Monod, Lorentz, Neuroarthritische (?) Ödeme mit trophischen Störgn. der Nägel 1065.
— s. Balzer, Gaucher.
Goulart, Zopyro, Konzentrierte Neosalvarsaninjektionen 1412; ferner 1412, 1413.
Graetz, Fr., Üb. die Wasserm. Reaktion 1421.
Graff, H., Die Koliinfektion der Nieren u. ihre Bhdlg. 1022.
Graig, J. R., Ein ungewöhnl. Fall von Henochscher Purpura 1074.
Granclément, Beginnende Tabes 1336.
Graves, William W., Können Kaninchen m. d. Blut von Paralytikern syphilitisch infiziert werden? Untersuchgn. üb. den Nachweis des Virus in den späteren Stadien der Syphilis 1416.
Gray, A. M. H., Granuloma annulare mit subkut. Knötchen 1261.
— Akne agminata mit bilat. Anschwellung der Tränendrüsen 1261.
— Rezidivierender bullöser Ausschlag der Beine 1261.
Graziella-Schneidhuber, Thea, Zur Frage der privaten Fürsorgetätigkeit 906.
Grégoire, Raymond, Wiederherstellung der Blase n. d. Verfahren v. Heitz Boyer-Hovelacque 1316.
Grignolo, Frederico, Zur Frage der toxischen Wirkung des Salvarsans 923.
Grimani (Rom), Die Dreigläserprobe in der Urologie 1051.
*Grosglik, A., Immunotherap. Versuche bei Syphilis 927, 960.
Groß, Siegfried, Die Kosmetik i. d. ärztl. Sprechstunde 826.

Digitized by Google

Grósz, J., Ein Fall von Purpura abdominalis Henoch mit Rücksicht auf chirurg. Eingriffe 1074.
— u. Wolf, J., Die Bhdlg. des Scharlachs m. Moserschem Serum 1133.
Grote, L. R., s. Schulz, W.
Groth, A., Bericht üb. die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Kgr. Bayern i. J. 1912 1157.
Gruber, Georg B., Zur Kenntnis der urämischen Hauterkrankung 1096.
Grünberg, Julius, Reflexionen üb. Neosalvarsan 943.
Grünfeld, Richard Leo 1182.
Grulee, C. G., u. Moody, A. M., Langes Kolloidal-Goldchlorid-Reaktion d. Zerebrospinalflüssigkeit bei kongenit. Syphilis 1286.
Grumann, M., Btrg. z. Frühdiagnose der Masern 1135.
Grundler, A., Das harte traumat. u. rheumat. Ödem 993.
Guénot, Louis, s. Marie.
Guiard, F. P., Die Abortivbhdlg. d. Syphilis mittels Salvarsans 820.
Guillain, Periarthritis rheumatica chronica im Anschluß an einen Zoster u. lokalisiert im Eruptionsgebiet desselben 1102.
Gunsett, A., Z. Technik d. Dosierg. d. Röntgenstrahlen spez. bei hohen Dosen 884.
Guthrie, D. J., Bericht üb. eine einf. u. schnelle Methode der Verabreichg. von Neosalvarsan 943.
Guyon (Paris) 830.

Haas, Johannes, Die Heimkehrfälle (Return cases) unter den Scharlacherkrankungen des städt. Elisabeth-Krankenhauses zu Aachen in den Jahren 1893—1910 inkl. 1124.
v. Haberer, Hans, Üb. e. Fall von schwer zu deutender Niereneiterung 857.
Haberling, W., Das Dirnenwesen in den Heeren u. seine Bekämpfung 819, 1314, 1315.
Hager, W., Zur Klinik des Röntgenulkus 1094.
Hagerthy, M. E., Ein Todesfall n. Neosalvarsan 946.
Hahn, Benno u. Kostenbader, Btrg. zur Erklärung der Wirkungsweise des Quecksilbers bei den Spirillosen 916.
— Rudolf 926.
Halberstaedter, L., Radiumtherapie äußerer Erkrankungen 1410.
Halmi, E., s. Fenyö.
Haltenhoff, G., Streptokokkensepti-kämie, Purpura haemorrhagica, konjugierter Strabismus, doppelte metastatische Ophthalmie, Phthisis der Augäpfel 999.
Hamburger (Steinfeld), Die hämatolog. Diagnose der Röteln 1136.
Hammer, F., Die Verwendung des Spiritus bei Hautkrankheiten 918.
Hammersen, Julius, Radiotherapie der Tuberkulose 1180.
Hammesfahr (Berlin), Experimentelle Beobachtgn. üb. den Sekretionsdruck der Nieren 1313.
Hanauer, W., Das rituelle Tauchbad (Mikwa) der jüdischen Frauen 1154.
Hanawa, S., Über Milium mit Riesenzellengewebe 1089.
— Die Röntgentherapie bei Syringom 1089.
Harding 817.
Hardrat, Elias, Kasuist. Btrg. zur Lehre von Diabetes insipidus b. Syphilis im Zentralnervensystem 1333.
— Btrg. zur Reinfectio syphilitica 1241.
Hardunin, P., Einige Modifikationen, die man in die Technik der Ollier-Thierschschen Transplantationen einführen muß 879.
Harrison, W. J., Üb. eine dch. Gumma des Kehlkopfs notwendig gewordene Tracheotomie 1377.
Hartzell 817.
Hatiegan, J., u. Doeri, A., Btrge. z. Symptomatologie der Pellagra 1027.
Hauptmann, Alfred, Die Diagnose der „frühluetischen Meningitis" an dem Liquorbefund 1334.
Havas, A., Tuberkulose d. Haut u. d. benachbarten Schleimhäute 1165.
Hazen, H. H., Eine Warnung vor mit Öl zubereiteten Salvarsaninjektionen 940.
— Über Gewerbe-Hautkrankheiten 1020.
Hecht, Hugo, Zum Wesen der Wassermannschen Reaktion 1420.
Hegler, C., u. v. Prowazek, St., Untersuchgn. üb. Fleckfieber 1137; s. auch Brauer.
Heidingsfeld, M. L., Injektionsnekrosen bei Syphilis 1237.
Heimann, Fritz, Z. Serumbhdlg. der Schwangerschaftsdermatosen 949.
Heineke, H., Ein multilokuläres Zystom d. Harnblase b. Manne 1023.
Heinemann, O., Über Lupus syphiliticus 1380.
Heinrichsdorff, Paul, Ein weiterer Beitrag zur Leberschädigung dch. Salvarsan 926.
Heitz-Boyer, M., Zystoskopie bei Blasentuberkulose 1052; ferner 807, 809.

Digitized by Google

Held, J. W., Syphilitische Aortitis 1282.
Heller, Morphoea 849.
— Eine neue wichtige Reichsgerichtsentscheidung üb. die relativ geheilte Geschlechtskrankheit als Grund zur Eheanfechtung 1054; ferner 848, 1016.
Hellmer, E., Die Hefetherapie d. Hautkrankheiten 910.
Heresco, P., u. Cealic, M., Urinabszeß b. d. Frau 1315.
Herrick, W. W., Skarlatiniformes Exanthem nach Atophan 1001.
Herxheimer, Karl 1006.
Herz, Hans, Bemerkgn. z. Entstehg. u. Bhdlg. d. chron. Urtikaria 995.
Herzfeld, Ernst, s. Ledermann, R.
Heyman, A., Üb. die normalen Verhältnisse des Blasensphinkters u. seine Veränderg. nach Prostatektomie 1313.
Hidaca, S., Experim. Untersuchgn. üb. die Beeinflussg. des Bakteriengehaltes d. Haut dch. dermatolog. Bhdlgsprozeduren 823.
Hillasa, S., Zur Frage der Beziehgn. zwischen Syphilis u. Rekurrensimmunität 1217.
Hillenberg (Zeitz), Zur Desinfektion des Impffeldes 1159.
Hittorf, Wilhelm 1390.
Hock (Prag) 807.
*Hodara, Menahem, Zu Havas' Kritik meiner Arbeit: „Üb. das Wachstum d. Haare auf Favusnarben n. Skarifikat. u. Einpflanzg. v. Teilen des Haarschafts" 1167.
Hoff, Ida, Üb. die Frage der Kochsalzretention b. Nephritis, Herzkranken u. Pneumonie und üb. die Entstehg. d. Ödeme 994.
Hoffa (Barmen), Üb. Pellidol u. Azodolen in der Säuglingspraxis 914.
Hoffmann, C. A., Mykosis fungoides 848.
— Lichen nitidus 848.
— Lupus erythemat. m. lupoiden Einlagerungen 848.
— Üb. Lichen sclerosus d. weibl. Genitalien 849.
— Sklerodermie en bandes 1016.
— Pili annulati 1017.
— Erich, Üb. eine zweckmäßige Kombination von Quecksilber und Salvarsan zur wirksamen Behandlung von angeborener Syphilis 850, ferner 1126.
Hogge (Lüttich) 807, 808.
Holland, Wilhelm, Konzentrierte Neosalvarsaninjektionen 945.
— Primäre Hauttuberkulose (ein Fall von Spuckfläschcheninfektion) 1203.
— Tertiäre Syphilis (Syphilis congenita tarda) — Hauttuberkulose 1377.
Holt, L. Emmett, Dch. rituelle Zirkumzision erworbene Tuberkulose 1177.
— u. Brown, Salvarsanbhdlg. hereditärer Syphilis 1288.
Holzknecht, Guido 1390.
Hopf, Eugen 1246.
Hottinger (Zürich) 809.
Hough, William H., s. Nichols.
Hourtoule, V., Pyelonephritis i. d. Schwangerschaft m. Ureterenkatheterismus behandelt 1317.
van Houtum 808.
Hübner, Hans 1030, 1270.
Hügel s. Uhlenhuth.
Hüne s. Seiffert.
Hufschmidt, A., s. Lippmann.
v. Hug-Hellmuth, H., Vom Wesen der Kindesseele 1153.
Hughes, F. M., Z. Bhdlg. der heredit. Syphilis mit Neosalvarsan 1381.
Hutchinson, Jonathan 1366.
Hutinel, Ist das Erythema nodosum tuberkulösen Ursprungs? 1117.
v. Illyés, G., Erfahrgn. üb. Nierenchirurgie 819, 1024.

Isaac, H., Syphilis nigricante 849.
— Psoriasis der Zungenschleimhaut 1016.
— Lichen ruber-Knötchen der Mundschleimhaut 1016.
Isabolinsky, M., u. Legeiko, W., Zur Frage üb. die Komplementbindungsreaktion bei Scharlach 1122.
Israel, James 804, 807, 810, 830.
Ito, T., Über Vakzinetherapie u. Anaphylaxie 1089.
Iwaschenzoff, G., Üb. die Bhdlg. der Syphilis des Nervensystems m. Salvarsan 1292.
— u. Lange, W., Die Salvarsantherapie in der Chirurgie 939.

Jacob, A., s. Weygandt.
*— Paul, Erfahrgn. m. d. Haarspiritus Euresol Knoll 810.
Jacobi, E., Die Bhdlg. des Lupus mittels Diathermie 1200.
Jacobovics, B., Einfluß des Scharlachs auf die Wassermann-Reaktion 1120.
Jacquet, Lucien, Biokinetische Bhdlg. der Pernionen 1075.
— u. Debat, Biokinetische Bhdlg. der Frostbeulen 1076.
Jadassohn, J., Üb. die Bhdlg. der Hauttuberkulose 1180.
v. Jaksch, R., Zur Geschichte der Kenntnis des klin. Verlaufes der Schutzpocken 1157.
Janet (Paris) 808.

Digitized by Google

Janovsky, V., Handbuch der venerischen Krankheiten u. Syphilis 974.
Jeanselme, E., Hautleishmaniose und Wasserm. Reaktion 1044.
— Gründung zweier Ambulanzen f. antisyphilit. Prophylaxe im Hospital Broca 1044.
— Hautläsionen nach einer Radiodermitis 1064.
— Hautangiomatose nach Radiotherapie 1065.
— Tertiäre Syphilis der Milz 1246.
— Bedeutg. d. Kenntnis der Meningitis f. d. Bhdlg. der Syphilis 1334.
— Serumreaktionen i. d. progressiven Paralyse und der Tabes; intradurale Injektionen von Neosalvarsan 1361.
— Vernes, Bertrand, Raoul, u. Bloch, Marcel, Üb. die Lokalisation des Arsens in den Organen n. Salvarsaninjektionen 920.
Jennings, A. W., u. King, W. V., Eine ausführl. Untersuchg. üb. die Möglichkeit der ätiolog. Übertragg. d. Pellagra dch. Insekten 1003.
Jessner, Max, s. Naegeli.
John (Wilhelmshaven), Dermatitis nach Teakholzbearbeitung 1099.
Johnstone, E. M., Bericht üb. e. Fall von Pellagra 1029.
Joltrain, E., Todesfall nach Neosalvarsan 947; s. auch Widal.
Jones, A. R. Die Bhdlg. von Hauttransplantationen ohne Luftabschluß 880.
Jordan, A., Lichen ruber acuminatus 811.
— Statistik der in Moskau beobachteten Leprafälle 812.
— Zwei Fälle von Dermatitis inf. v. Bhdlg. bei Kurpfuschern 818, ferner 813.
Joseph, Eugen, Die Bhdlg. der Blasenpapillome mit Thermokoagulation 1235, ferner 806.
— Max, u. Kaufmann, Ludwig, Üb. die Verwendg. des Sulfoforms in der Dermatologie 918.
Josué, Typhus und Syphilis 1217.
Jourdanet, Herpetiforme Eruption b. e. Tuberkulösen 1203; s. auch Nicolas.
Jungano (Neapel), Die Bhdlg. der akuten Blennorrhagie mit atoxischer Vakzine 1049.
Jungmann, Alfred, Zur Therapie mit Radiumträgern 888.
— Statistische Mitteilungen 1193.
— Leitsätze zur Lupusbehandlung 1195; ferner 1102.
Jurgelunas, A., Zur Frage der experimentellen Masern 1134.

Kafka, V., Btrge. zur Serologie der Erkrankgn. des Zentralnervensystems 1360.
Kahár-Faber, F., Erythema nodosum nach Ipekakuanha 1096.
Kahn, Alfred, Erleichterung der Crileschen Transfusionsmethode, ein Instrument u. dessen techn. Verwendung 1222.
Kakuschkin, Z. Frage des für Syphilis spezif. Charakters des von H. E. Rossi beschriebenen intrazellulären Parasiten 972.
Kaplan, D. M., Die Wassermann-feste Tabes — ein serolog. Vorbote der Taboparalyse 1338.
Karasawa (Tokio), Üb. anämische Dermographie im Kindesalter 995.
Karo 1264.
Karsten s. Lesser.
Karwacki, Leon, u. Zaleski, Karol, Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme 1118.
Katz, T., Üb. intraven. Injektion v. konzent. Neosalvarsan 945.
Katzenstein, J., Technik u. Erfolge der intravenösen Neosalvarsaninjektion 943.
Kaufmann, Ludwig, s. Joseph, M.
— -Wolff, Pilzerkrankung der Hände und Füße 848.
— Trichophytie d. Nägel 848.
Kawaguchi, T., s. Nakano.
Kennedy, E. G., Ein dch. Jodtinktur geheilter Fall von Lupus vulgaris 1204.
Kerl, W., s. Arzt; ferner 950.
Kersten, H. E., Einiges üb. Neosalvarsan bei verschied. tropischen Hautkrankheiten 943.
Kidd, Frank, Zwei neue Gesichtspunkte in der Frage der Nephrektomie wg. Nierentuberkulose 857.
Kielleuthner (München) 808.
King, W. V., s. Jennings.
Kinoshita, T., Erfahrgn. üb. Antileprolbehandlung 1089.
Kirby-Smith, J. L., Knotenlepra b. e. Negerin 1161.
Kirchberg, Franz, Röntgenschädigungen u. ihre rechtl. Beurteilung 1093.
Kirmisson, E., Rachitis, multiple Exostosen, Spontanfrakturen m. verzögerter Heilung bei Erbsyphilis 1287.
Kirsch, Oskar, Die Abblassungserscheinungen des Scharlachexanthems in ihrer weiterreichenden Bedeutung 1123.

Digitized by Google

Klausner, E., Ein Beitrag zur Infektionsgefahr der Syphilis 1215.
— Die Kutireaktionen bei Syphilis m. bes. Berücksichtgg. der Pallidinreaktion 1409.
Kleefeld, Georges, Zona intercostalis m. Meningealreizung 1102.
— Bhdlg. der Augensyphilis 1270.
Kling, Carl A., Über Schutzimpfung gg. Varizellen 1140.
Klotz, Hermann G., Warum wir mit der Allgemeinbhdlg. d. Syphilis bis zum Auftreten von Sekundärerscheinungen warteten 850.
— Eine Verteidigung der Injektionen von Salvarsanölsuspensionen 941.
*Knack, A. V., Überempfindlichkeit gg. Kautschukheftpflaster.
Koch, Bruno, Die Finsen-Behandlung u. die Wiener „Lupusheilstätte" 1198.
— R., Über Scharlachrekonvaleszentenserum 1125.
Koenigsfeld, Harry, u. Salzmann, M., Der Diplococcus crassus als Erreger von Urethritis u. Epididymitis 1087.
Kohlrausch, Fritz Ludwig 1366.
Kohn, D., Glättolin als Ursache einer hartnäckigen Dermatitis colli 1100.
Kohrs, Th., Üb. einen weiteren Todesfall an akuter Enzephalitis nach Salvarsaninjektion 922.
Kolle, W., u. Rothermund, Weitere Untersuchgn. üb. organische Quecksilberpräparate 915.
Kolmer, J. A., s. Schamberg.
Kopytowski, Über die dch. Sulfoform hervorgerufenen anatom.-patholog. Veränderungen in der gesunden Haut 1235.
Kostenbader s. Hahn, B.
Kotzenberg, Z. Frage des Blasenersatzes 1023.
Krassnoglasow 812.
Kraus (Berlin), Üb. die Aortenerweiterung bei der Heller-Doehleschen Aortitis 1283.
— Alfred, Üb. Hauterscheinungen bei Aspiringebrauch 1085; ferner 1422.
— Hugo, Fieber als einziges Symptom latenter Lues 1221.
Krebs (Falkenstein), Syphilis und Neurasthenie 1292.
Kreibich, K., Kultur erwachsener Haut auf festem Nährboden 1087.
Kreuzfuchs, Siegmund, s. Eisler.
Krohn, Monrail, Bhdlg. der Syphilis des Nervensystems, spez. d. Tabes u. Paralysis generalis 1340.
Król, J., Ein merkwürdiger Todesfall nach Salvarsan 922.
Kromayer, E., Ärztliche Kosmetik d. Haut 825, 827.
— Repetitorium der Haut- u. Geschlechtskrankheiten f. Studierende u. Ärzte 1351.
Krüger, G. R., s. Ritter.
Krumbhaar, E. B., u. Montgomery, C. M., Syphilis in der medizinischen Poliklinik 1237.
Krusius (Berlin), Üb. die Einpflanzung lebender Haare zur Wimpernbildung 1054
Külz, L., Üb. die Umzüchtung von Variola in Vakzine 1154.
Kümmell, Hermann, Die Sklerose des Nierenlagers (chron. Nierenlagerblutung) 1022.
— Die Methoden z. Bestimmg. der Nierenfunktion 1024; ferner 805, 806, 810.
Kürsteiner, W., Zur Pathologie des Herpes zoster 1101.
Kummant, Alexander, Ein Fall von syphilit. spinaler Amyotrophie des Schultergürtels 1289.
Kurita, T., Üb. die Herkunft des Pigments bei einigen Hautkrankheiten 1088.
Kuznitzky, Erich, Bemerkungen zur Lupustherapie 1203.

Labey, Georges, u. Paris, Jean, Kongenital ektopische Niere, für einen Mesenterialtumor angesehen 1052.
Lacapère, Üb. die Reaktivierung latenter syphilitischer Herde 1221.
Lacassagne, Jean, s. Bonnet.
Laignel-Lavastine, Diabetes insipidus syphilit. Natur dch. Neosalvarsan gebessert 1246.
Lalajanz, Über Purium, ein neues Steinkohlenteerpräparat 1304.
Lama, Angelo, Btrg. z. Epidemiologie der Lepra 1311.
Landouzy, Erythema nodosum u. Tuberkelbazillenseptikämie 1117.
Lang, Eduard, Zur Geschichte der Lupusbekämpfung 1196; ferner 830.
— Heinrich, Der gegenwärtige Stand der Lupustherapie 1194.
Lange, C., s. Wassermann.
— Sidney, Röntgentherapie mit massiven Dosen 884.
— W., s. Iwaschenzoff.
de Lapersonne, Meningitis optica bei frischer Syphilis 1269.
Laqueur, August, u. Laqueur, Walther, Z. Bhdlg. mit Hochfrequenzströmen 881.
— Walther, s. Laqueur, August.

Digitized by Google

de Laroquette, Miramond, Bemerkgn. z. d. Sonnenbhdlg. der Brandwunden 1077.
Larrousse s. Gougerot.
Laurent, Ch., Injektion v. Zuckerlösung bei Ekzem mit Ödem 1045.
— Maligne Syphilis. Arosion der Karotis dch. ein phagedänisches Gumma 1045.
Lavau, M., Die metaschankröse, präroseolische syphilitische Meningitis 1040.
Lebedew, A. J., Zur Frage der Pseudopelade von Brocq 818.
*— Zur Frage des experimentellen Xanthoms 1343, 1372.
Leclerc-Dandoy, Einige Bemerkgn. üb. Nephrolithiasis 861.
Ledermann, Juvenile Paralyse 849.
— R., Die Trockenluftbhdlg. von Wunden u. nässenden u. juckenden Dermatosen nach R. Kutner 879.
— Synoviale syphilit. Gelenkentzündung 1017.
— u. Herzfeld, Ernst, Üb. Veränderungen im Antikörpergehalt der Kaninchensera 1388; ferner 848, 1016.
Leeser, Otto, Üb. Rheumatismus nodosus 996.
Legeiko, W., s. Isabolinsky.
Legueu, F., Nephrektomie b. Erkrankg. bd. Nieren 805.
— Grenzen der Nephrektomie 856.
— Lokalanästhesie b. Prostatektomie 1052; ferner 810.
Lehmann, Wilhelm 1222.
Lejars, Die großen syphilitischen Tumoren der Leber 1246.
Lemoine, G., Regionäre u. lokale Anästhesie in der Urologie 1050.
Lemos, Georges, Schankriformes Gumma des Corpus cavernosum 820.
*Lenartowicz, J. T., Beobachtgn. üb. kutane Resorption d. Salizylsäure aus Pflastern 791.
Lennhof, Karl, Btrg. z. Genese der weichen Fibrome, nebst Bemerkgn. üb. das Vorkommen von elast. Fasern im Epithel 1411.
Lenormant, Anormale Form der Knochensyphilis 1265.
Lenz, Fritz, Über die Häufigkeit der syphilit. Sklerose der Aorta relativ zur gewöhnl. Arteriosklerose u. z. Syphilis überhaupt 1282.
— Otto, Indirekte Übertragung von Varizellen u. Varizellen b. e. Erwachsenen 1140.
Lenzmann (Duisburg), Beobachtgn. üb. die syphilit. Erkrankungen innerer Organe 1241.
Leopold, Otto, Über Nervensymptome bei frischer Syphilis 1086.
Lépine s. Letulle.
Lereboullet u. Mouricand, Varizellen beim Neugeborenen 1139.
Leredde, Die spezif. Bedeutg. der Wasserm. Reaktion 1046.
— Sterilisation der Syphilis 1048.
— Üb. die dch. Syphilis bedingte Mortalität 1314.
Leriche, René, u. Dor, Louis, Tuberkulose u. Erythema nodosum 1165.
Lesser, F., Ein eigenartiger Fall von syphilit. Reinfektion 1241.
— u. Karsten, Üb. familiäre Syphilis, zugleich ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa 1218.
Letulle, Bergeron u. Lépine, Die Wassermannsche Reaktion bei Tuberkulösen 1179.
Levaditi, C., Vorkommen von Spirochäten im Blute von Paralytikern 1358, 1417; s. auch Marie, A.
Levi (Berlin), Über abortiven Scharlach in den ersten Lebensmonaten 1120.
Lévy, Fernand, u. Planson, Victor, Die abnormalen suburethralen Gänge 858.
— L., s. Niclot.
— -Bing, Alfred, Wie soll man das Blut f. d. Wasserm. Reakt. gewinnen? 860.
— Dogny, M., u. Gerbay, F., Einfluß der antisyphil. Bhdlg., insbes. mittels Neosalvarsans auf die Wasserm. Reaktion 1090.
— -Fränkel, Supratrochleare Drüsen bei Syphilis 1236.
— -Weißmann, Rückfluß des Urins dch. den Ureter u. Nephrektomie 859.
Lewings, A. H., Akute hämatogene Infektion einer Niere 1149.
Lian, Camille, u. Vernes, Arthur, Die ätiolog. Rolle d. Syph. bei chron. Aortitis mit und ohne Aorteninsuffizienz u. bei Nephritis 1378.
v. Lichtenberg, A., Zur Extraduralanästhesie bei urolog. Untersuchgn. u. Operationen 1414.
Lier, Wilhelm 1422.
Liermann, W., Moderne Wundbhdlg. u. erste Wundversorgung 879.
Lilienthal, Leopold, Varizellen bei Erwachsenen 1140.
Lill, Fritz, Btrg. z. Kenntnis des Lupus vulgaris d. ob. Luftwege 1194.
Lipman-Wulf 849.
Lippmann 1016.
— Artur, u. Hufschmidt, A., Zur Frage nach der Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse beim Scharlach 1121.

Digitized by Google

Lipschütz, B., Üb. ein eigenartiges, dch. den Typus gallinaceus hervorgerufenes Krankheitsbild der Tuberkulose, nebst Bemerkgn. üb. den Nachweis u. Bedeutg. der einzelnen Typen des Tuberkelbazillus b. klinisch verschiedenartigen Formen der Hauttuberkulose 1408.
Little, E. G. Graham, Üb. zwei Fälle von Epithelioma adenoides cysticum (Brooke), Tricho-Epithelioma papulosum rodens (Jarisch) 814.
— Fall von Granuloma annulare 1261.
— Fall von Erythromelalgie 1261.
— Fall von Dermatitis herpetiformis 1261.
Lobsenz, Jacob Munten, Akute Quecksilbervergiftung 916.
— Angioneurotisches Ödem 993.
Loeb, Fritz, Index bibliographicus d. sexualhygienischen Literatur VI 819.
Löhe, H., Beitrag zur Frage der Reinfektion 1239.
Loeper u. Mougeot, Ausbleiben des okulokardialen Reflexes bei Syphilis 1266.
Loewenstein, Ernst, Üb. das Vorkommen von Geflügeltuberkulose b. Menschen 1178.
Löwenthal, S., Über Schwerfiltertherapie 1365.
Loewy, A., u. Wechselmann, W., Experim. Untersuchgn. üb. die Wirkg. intravenöser Salvarsaninjektionen a. d. Funktion der Niere, insbes. b. bestehender Quecksilberintoxikation 924.
Lohnstein (Berlin) 805, 807, 808.
Lombardo, C., Neues Modell eines Diaskops 1309.
— Pigmentation d. Nägel b. einem Falle von Vitiligo 1309.
— Histochemischer Nachweis des Quecksilbers i. d. Organen eines Individuums nach einer Kalomelinjektion 1309.
— Die Übertragbarkeit d. Allergie b. experim. Dermatomykosen dch. Heredität u. Stillen 1309.
— G., Ein Fall von multiplen Gummata des Herzens 1281.
Love, J. Kerr, Syphilis u. kongenitale Taubheit oder kongenitale Syphilis u. Taubheit 1287.
Lowin (Berlin) 808.
Luithlen, Friedrich, Die Gefahren der Salvarsantherapie 921; ferner 862.
Lukins, J. B., Über Nierensteine 1150.
Lurje, Z. Bhdlg. d. Syphilis m. intraven. Injektionen von konzentrierten Neosalvarsanlösungen 818.
Lutz 1412, 1413.
*Lux, Fritz, Die Bhdlg. juckender Dermatosen mit Ringerscher Lösung u. Eigenblut 1247, 1273.
Lynch, K. M., s. Smith, A. J.

Maas, Otto, Zur Bewertg. der reflektor. Pupillenstarre 1267.
Machado, Werneck, Fall von Leishmaniose 1412.
— Generalisiertes ulzeröses Syphilid 1413; ferner 1412.
Mackinnon, M., Hemiplegie bei Syphilis 1289, 1290.
Mackwood, J. C., Ein Fall von Dermatitis artefacta 1100.
Macnamara, E. D., Syphilit. Infektion mit nachfolgenden Landryschen Erscheinungen u. späteren tabischen 1337.
Mahler, Julius, Üb. luet. Erkrankgn. der Blutgefäße u. des Herzens 1378.
Mairinger, Emil 1390.
Majocchi, D., Klinisch-statist. Bericht üb. die therapeut. Resultate mit Salvarsan 856.
Maki, G., Drei interessante Fälle von Porokeratosis u. ihre physikalische Bhdlg. 1089.
Malespine s. Drey.
Maloney, William J. M. A., Die Grundlagen der Tabes 1336.
Mankiewicz 1264.
Mannich, C., Üb. unsichtbare Schutzmittel gg. Veränderungen. d. Haut dch. Licht 882.
Mapother, E., u. Beaton, T., Die intraspinale Bhdlg. (von Swift u. Ellis) b. d. Dementia paralytica 1359.
Marghoux, E., Die Lepra der Ratten 1161.
Mariani, A., s. Volpino.
— Giuseppe, Klin. Beitrag u. krit. Bemerkungen üb. die Reinfektion, Superintektion u. das syphilit. Rezidiv vom Typus des Primäraffektes 1239.
Marie, A., u. Levaditi, C., Die Spirochäte der progressiven Paralyse 1358.
— — Progressive Paralyse u. Neosalvarsan 1359.
— — u. Bankowski, J., Vorkommen der Spirochaeta pallida im Gehirn der Paralytiker 1357.
— — — Beständiges Vorkommen der Spirochäte im Gehirn von im Anfall gestorbenen Paralytikern 1357.
— — — Die Spirochäte im Gehirn der Paralytiker 1357, 1417.
— — u. v. Martel, Bhdlg. der progressiven Paralyse dch. Injektion von Salvarsanserum unter die Dura mater cerebralis 1359, 1362.

Digitized by Google

Marie, A., Levaditi, C., u. v. Martel, Technik der intrakraniellen Bhdlg. der progressiven Paralyse 1363.
Marie, Mathieu Pierre, u. Guénot, Louis, Über die bei Syphilitikern dch. Salvarsan hervorgerufene Bluterneuerung, rotes Venenblut. Vermehrung der roten Blk. u. ihrer Resistenz 1282.
Marinesco, G., u. Minea, J., Bhdlg. der progressiven Paralyse dch. subarachnoidale Injektionen von Neosalvarsanserum 1360.
Marion, G., Diagnostizierte retrovesikale verkalkte Hydatidenzyste 859.
— Spätresultate der zirkulären Urethrorraphie m. Urinderivation bei Urethralruptur u. traumat. Urethralverengerung 1049.
— Nierentuberkulose u. die Konstante von Ambard 1050.
— Nephropexie 1052; ferner 810.
Mariotti, E., Abortivbhdlg. der Syphilis mit Quecksilber u. Arsen 1306.
Markl (Triest), Flecktyphus auf Schiffen 1137.
— Btrg. z. serolog. Diagnose des Flecktyphus 1139.
Marsch, Die Bekämpfung des Lupus 1197.
Marshall, C. F., Dymal b. d. Bhdlg. von Hautkrankheiten 920.
v. Martel s. Marie, A.
de Martigny (Montreal), Heterogene Transplantation von im Kühlen aufbewahrter Haut 879.
Martin, Louis, Darré u. Géry, Die Zufälle nach Salvarsan 922.
Martinotti, L., Üb. eine neue Reaktion der Fette (reazione cromocrisoidinisa) und üb. Fette d. Haut im allgemeinen 968.
— Eine eigentüml. Eigenschaft des Salvarsans u. deren möglicher Zusammenhang mit dem Wirkungsmechanismus 1306.
— Untersuchungen üb. den feineren Bau der menschl. Epidermis in Beziehg. z. ihrer Funktion der Eleidokeratinbildung 1308.
de Massary, Chatelin u. Bardon, Radialislähmung vom Typus der Bleilähmung b. e. Syphilitiker 1289.
— — Tod e. Paralytikers n. Neosalvarsan 947.
— — Syphilitische Hemiplegie 1289.
Massey, G. Betton, Salben bei granulierenden Wunden, ein Wort d. Verteidigung zu ihrer therapeut. Verwendung 879.
Massia s. Nicolas.
Mattauschek, E., Infektiosität des Liquor cerebrospinalis bei Paralytikern 1354.
— u. Pilcz, Üb. die weiteren Schicksale 4134 katamnestisch verfolgter Fälle luetischer Infektion 1216.
Matthissohn (Berlin) s. Buschke.
Matzenauer, Rudolf, s. Buchtala.
Mauß, Th., s. Pürckhauer.
Mayer, Ein Fall von universeller Pigmentation u. Verdickg. der Haut 1019.
— Carl, Die Radiumtherapie in der Praxis 888.
Mc Donagh, J. E. R., Die Biologie der Syphilis 1237.
Mc Ewen 817.
Mc Intosh, J., u. Fildes, P., Die Pathologie des als Parasyphilis bekannten Prozesses 1331.
Mc Kee, George M., Tuberkulinbhdlg. b. Hauttuberkulose, Tuberkuliden u. verwandten Zuständen 817; ferner 818.
Mc Mal, M. J., Beobachtgn. üb. intestinale Bakterien bei Pellagra 1003.
Meachen, G. M., Fall zum Diagnostizieren; (?) Dermatitis artefacta 1260.
— Fall von persistierendem Erythem vom Typus der Erythromelalgie 1261.
Meara, F. S., u. Goodridge, Malcolm, Die Beziehgn. zw. Erythema nodosum u. Tuberkulose 1116.
Meaux Saint-Marc s. Gougerot.
Meggendorfer, Friedrich, Über Syphilis in der Aszendenz von Dementia praecox 1354.
Ménard, Maxime, Ein sicheres Mittel zur Vermeidung von Röntgenverbrennungen 1095.
Mense, C., Reisebeobachtgn. über Pellagra 1029.
Mentberger, Victor, Beitrag zur Reinfectio syphilitica 1240.
Merk, Ludwig 1366.
Merklen, Vitiligo syphilit. Ursprungs 1288.
Mertius, O., Haftung des Arztes für Körperschäden, die dch. Röntgenbestrahlg. entstanden sind 1004.
Merzbach, Georg, Die Gleitpuderpasten od. Mattane u. ihre Verwendg. in der Dermatologie u. Kosmetik 880.
Metschnikoff, Elias 1102.
Mey, Edgar, Über heftige Abdominalschmerzen bei Scharlach 1123.
Meyer, E., Die Stellung der progressiven Paralyse (und Tabes) zur Syphilis u. die Frage ihrer Behandlung 1361.
— Johann, Btrg. z. Bhdlg. juckender Dermatosen 1017.
Mgebrow, Z. Frage der Trichophytie u. des Favus in Bessarabien 971.

Digitized by Google

Mibelli, Agostino, Üb. einige Versuche der Radikalbhdlg. der Syphilis im 2. Inkubationsstadium durch Hektininjektionen i. d. Umgebg. des Primäraffektes 1305.
— Bhdlg. d. Syphilis mit Hektin u. Argulan 1305.
— Die Biersche Saugglocke bei Alopecia areata 1310.
— Primäraffekte an bd. inneren Augenwinkeln 1310.
Michael, Max Joseph, Der Icterus syphilit. praecox mit besonderer Berücksichtgg. der dabei auftretenden akuten gelben Leberatrophie 1410; s. auch Buschke.
Michon (Paris) 804, 807.
Mickaniewski, M., Die Eingriffe bei der Zystenniere 1050.
Miedrich, Fr., s. Strauß, A.
Milani, E., s. Ghilarducci.
Milian, Pseudoxanthoma elasticum 1047.
— Pigmentflecken syphilit. Ursprungs 1288.
— Chorea und „Syphilis fruste" 1290.
Miller, T., Die Röntgenstrahlen als eine wesentl. Hilfe f. d. frühzeit. Erkennung eines Leprafalles 1159.
Minassian, P., s. Fiocco.
Minea, J., s. Marinesco.
Minerbi, C., Charakteristische tinktorielle Affinität des Neisserschen Kokkus 969.
Minor, J. C., Üb. sogenannte latente Syphilis oder Paralyse u. Tabes; ein „Wasser"-Vorschlag 1336.
Mitschke (Gnesen), Ein mit Quarzlicht behandelter Fall von diabetischer Hautgangrän 1088.
Mitsuno, G., Zur Anwendg. alten destillierten Wassers bei intraven. Neosalvarsaninjektion 1089.
Möllers, B., Serolog. Untersuchgn. bei Leprösen 1161.
Mörchen, Friedrich, Zur Frage der Lues nervosa 1292.
Mohr, Michael, Neosalvarsan in der Augenheilkunde 1280; s. auch Beck, K.
*Mondschein, M., Caviblentherapie der Gonorrhoe 987.
Monod, Lorentz, s. Gougerot.
Montesano, Vincenzo, Salvarsanbhdlg. der Syphilis 1306.
— Wassermannsche Reaktion 1306.
— Bhdlg. der Sklerose d. Schwellkörper des Penis 1310.
*— V. Kongreß der Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani 1406.
Montgomery, C. M., s. Krumbhaar.
— Douglas W., Lichen planus der Zunge allein 1020.
— Ein Fall v. ungewöhnl. Empfindlichkeit gg. Resorzin 1101.
Montpellier, J., s. Brault.
Moody, A. M., s. Grulee.
Moog (Frankfurt a. M.), Btrg. z. Serumtherapie des Scharlachs 1133.
Moos (Berlin-Schöneberg), Unterschiede in der Ausscheidung u. Ausnutzung des Jods 948.
Morel u. Mouriquand, Experim. Untersuchgn. üb. die Salvarsantodesfälle 922.
Morgenroth, J., u. Tugendreich, J., Äthylhydrokuprein u. Salizylsäure als Adjuvantien des Salvarsans 941.
Moritz, Alfred, Btrg. z. Kenntnis der Nierensyphilis 1263.
Moro, E., Erythema nodosum u. Tuberkulose 1117.
Morton, Reginald, Üb. die Anwendg. nichtmetallischer Filter in der Röntgenstrahlentherapie 885.
— Einige Resultate aus weiteren Erfahrungen mit Kohlensäureschnee 862.
Mott, F. W., Ein Vortrag üb. die Entartung der Neurone im Lichte der modernen Forschung, spez. in bzg. auf Syphilis u. Dementia paralytica 1330.
Mougeot s. Loeper.
Mouisset, F., Savy, P., u. Gaté, J., Mitralstenose u. Raynaudsche Krankheit 997.
Mouricand s. Lereboullet.
Mouriquand s. Morel.
Moutot u. de Beaujeu, Jaubert, Bhdlg. der Neurodermitis circumscript. chron. mit Radiotherapie u. Skarifikationen 1116.
Müller, Chr., Physikalische u. biolog. Grundlagen der Strahlenwirkg. radioaktiver Substanzen, bes. des Mesothoriums, u. der Ersatz derselben dch. Röntgenstrahlen 908.
— Erich, Zur Therapie u. Klinik der Lues congenita 1285.
— Fritz, Verschweigen einer durchgemachten syphilit. Erkrankung im Antragsformular berechtigt die Versicherungsgesellschaft, die Versicherung für kraftlos zu erklären 979.
— Ist Wiederausbruch latenter Syphilis dch. Unfall entschädigungspflichtig? 1221.
— P. Paul, Üb. syphilitische Primäraffekte der behaarten Kopfhaut 850.
— P. Th., Vorläufige Mitteilung üb. bakteriol. Befunde bei Flecktyphus 1139.
— Rudolf 1054.

Digitized by Google

Müllern-Aspegren, N., Zwei Fälle von Reinfektion von Syphilis nach Salvarsanbehandlung 1241.
Mulzer, P., Zur Technik der Blutentnahme für die Wassermannsche Reaktion 1419; s. auch Uhlenhuth, Wolff, A.
Munk, Fritz, Grundriß der gesamten Röntgendiagnostik innerer Krankheiten 979.
— Degenerative Syphilisniere 1264.
Murasawa, K., s. Asahi.
Murata, T., s. Nakano.
Musgrave, W. E., Sison, A. G., u. Crowell, B. C., Knochenveränderungen bei Pocken 1155.

Näcke, P., Der endogene Faktor in der Pathogenese der Paralyse 1355.
Nägeli, O. E., u. Jessner, Max, Üb. die Verwendg. von Mesothorium u. Thorium X in der Dermatologie 908.
Nakano, H., Über Teilungsformen der reingezüchteten Syphilisspirochäten 1417.
— Untersuchgn. üb. das Wesen der Wasserm. Reaktion 1420.
— Omori, S., Murata, T., u. Kawaguchi, T., Üb. sogen. Elephantiasis nostras 1089.
Nanta, A., Nephritis u. Zystitis haemorrhagica n. Neosalvarsan 821.
— Myeloide Leukämie u. Syphilis 854.
Nathan, Perniziöse Anämie u. Syphilis 822.
Navarre, Spätfolgen einer heftigen Radiodermitis 1092.
Necker (Wien) 805.
Neisser, A., Offener Brief an den Herausgeber 813; ferner 905, 907, 1182, 1342.
Nemenow, Die Röntgentherapie in der Dermatologie 883.
Nesbitt, G. E., Ein Todesfall nach Salvarsan 922.
Netter, Prophylaxe der Lepra in Frankreich 1162.
Neubauer (Charlottenburg), Rasche Heilg. wunder Brustwarzen 1101.
Neuber, C. E., Über Prostatakarzinome 1021.
Neue, Heinrich, Biologische Reaktionen bei syphilogenen Erkrankgn. des Zentralnervensystems 1331.
Neugebauer, Hans, Syphilis hereditaria u. Aortenveränderungen 1284.
— Sekundäre Syphilis und Magenveränderungen 1378.
— Oskar, Die Anwendg. der Ebagapräparate in der Dermatologie 909.
Newcomet, S., Radiumbhdlg. von über 1000 Fällen 950.
*Ney, Ladislaus, Anwendg. der antisept. und trockenwirkenden Pulver in der Dermatologie 873.
Nichols, Henry J., Beobachtgn. üb. die Pathologie der Syphilis 1381.
— u. Hough, William H., Positive Resultate n. Impfung von Kaninchen mit Substanz eines paralyt. Gehirns; vorläufiger Bericht 1415.
Niclot u. Lévy, L., Bhdlg. der Vincentschen Angina mit Salvarsan 1054.
Nicolas, J., u. Gaté, J., Hat die positive Wassermannsche Reaktion absoluten Wert? 852, 1044.
— — u. Favre, M., Experimentelle Syphilis der Affen 1387.
— u. Jourdanet, Ein Fall von Lichen corneus buccalis 1046.
— Massia, Gaté u. Pillon, Hauttuberkulose ohne Drüsenschwellung 1164.
— — — — Gummöse Syphilis mit Adenopathie 1243.
— — — — Hämolytischer Ikterus syphilit. Natur 1246.
Nicolich, Giorgio, Schwerste spontane Hämaturie i. e. Falle von Prostatahypertrophie 819; s. auch Ferrari; ferner 806.
Nightingale, P. A., Zeismus od. Pellagra 1026.
Nobl, Zur Kenntnis d. hyperplast. Gesichtsödems 993.
Nogier, Th., Das Radiochromoskop, ein Apparat, der eine exakte Schätzung der Röntgenstrahlendosen unter immer vergleichbaren Bedingungen gestattet 885; s. auch Regaud.
Noguchi, H., Progressive Paralyse u. Syphilis 1353.
— Dementia paralytica u. Syphilis 1354.
— Der Nachweis von Spirochäten im Gehirn von Paralytikern 1357.
— Die Serodiagnose der Syphilis 1382.
— Die Überimpfung der Spirochaeta pallida von paralyt. Gehirnen auf Kaninchen 1416.
Noguès, Paul, Leitinstrumente 1052; ferner 805.
Nonne, M., Der heutige Standpunkt der Lues-Paralysefrage 1351.
— u. Wohlwill, F. R., Üb. einen klinisch u. anatomisch untersuchten Fall von isolierter, reflektorischer Pupillenstarre bei Fehlen von Paralyse, Tabes u. Syphilis cerebrospinalis 1267.
Nordmann, O., Die Chirurgie des prakt. Arztes 1090.

Digitized by Google

Nové-Josserand, G., Dauerresultate der Urethroplastik dch. Tunnelierung u. Transplantation b. schwerer Hypospadie u. Epispadie 857.
Novello, F., s. Finato.

Obermiller, Über Arsenlähmungen 920.
— Arsen- und Salvarsanwirkung, ein Nachtrag zu meinen Arbeiten üb. die Nebenwirkungen des Salvarsans 923.
Oecomos, Die Sonnenbhdlg. der Brandwunden 1077.
Oehlecker, F., Eine angeborene Anomalie der Niere u. des Ureters unter d. klin. Bilde eines perityphlit. Abszesses 1024.
Östreich u. Saalfeld, Edmund, Über Haemangioendothelioma tuberosum multiplex u. Lymphangioendothelioma tuberosum multiplex (Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi) 1085.
Oettinger, A., Herpes zoster u. Herpes zoster gangraenosus nach Salvarsan 1260.
Oglobin, Ein Fall eines Fremdkörpers in der Harnblase 818.
Olitsky, Peter K., u. Olmstead, Miriam P., Fällungsreaktionen bei Syphilis 1383.
Olmstead, Miriam P., s. Olitsky.
Omori, S., s. Nakano.
Oppenheim, H., Zur Therapie der syphilit. Nervenkrankheiten 1291.
— M., Buchsbaumdermatitis b. e. Gärtner, hervorgerufen dch. die Zurichtg. der Blätter des heimischen Buchsbaumes 1098.
— Typische Nagelveränderg. bei Kapsel- u. Patronenarbeiterinnen 1098.
— Progrediente Ätznatronwirkg. a. d. Nägel eines Glasergehilfen 1098.
Oppenheimer (Halle), Ein Fall von vermehrter Glykuronsäureausscheidung bei Scharlach 1124.
d'Oria, Giuseppe, Neue Vorschläge f. operat. Eingriffe b. Ödemen u. Varizen d. unt. Extremitäten 994.
Ormsby 816, 817.
Orr, H. Winett, Diff.-Diagnose zw. Nierenerkrankgn. u. Pottscher Krankheit (Tuberkulose der Wirbelsäule) 1151.
Oshima, T., Üb. das Schicksal d. homöoplastisch transplantierten Hautlappens b. Menschen 824.
Osler, W., Die viszeralen Affektionen bei Purpura und verwandten Erkrankungen 1075.
Ostrowski, Zwei seltene Fälle von Hauttuberkulide bei Kindern im frühesten Alter 1205.
Ota, M., Über Hautfärbemittel 1089.
Ottow, B., Zur Diagnose u. Therapie d. Fremdkörper d. Harnblase der Frau 1413.
Ouftionjaninov (Ekaterinodar), Bhdlg. des Typhus exanthematicus m. interner Verabreichg. von Jodtinktur 1139.
Oulmann, Ludwig, u. Wollheim, J. L., Die Anwendg. von Salvarsan u. Neosalvarsan durch Enteroklysis; Bericht über 37 Infusionen 923.
Owen, Sydney A., Syphilit. Erkrankgn. der Gelenke u. Knochen bei Kindern u. deren Differentialdiagnose v. Standpunkt des inneren Arztes 1266.
Owens, W. D., Beobachtgn. üb. Pityriasis rosea 815.

Palazzoli, M., Die Pathologie der Samenbläschen 861.
Panichi, Rodolfo, Btrg. z. Studium der nicht blennorrhag. Urethritiden. Urethritis dch. Bacterium coli 1329.
*Pap, Adalbert, Erfahrungen mit Embarin in der Syphilistherapie 1256.
Pappenheim, A., Über die Döhleschen Scharlachkörperchen 1121.
Paris, Jean, s. Labey.
Parke, Floyd Benton 1422.
Parker, A., Entwicklgn. u. Probleme in der Vakzinetherapie 828.
Paschen, E., Bericht üb. die Reise zur Erforschung u. Bekämpfung der Pocken in Togo 1141.
Pasini, A., Die Wassermannsche Reaktion u. ihre klin. Bedeutg. bei Syphilis 856.
Pasteau, O., Der erworbene Harnrückfluß dch. den Ureter 1315; ferner 804, 809.
Pautrier, L. M., Sarkoide u. Syphilis. Notwendigkeit einer Revision der Sarkoidgruppe 1042.
— Subkutanes Sarkoid (Typus Darier) m. positivem Wassermann dch. Quecksilberbenzoat geheilt 1047.
— Die Diagnose der Lepra dch. die Laboratoriumsmethoden 1159.
— Desaux u. Rabreau, Unzuverlässigkeit der Injekt. von Chaulmoograöl bei Lepra 1048.
— u. Rabreau, Vitiligo b. e. Syphilitiker 1065.
— Veyrières u. Desaux, Die filiforme Dusche in der dermatologischen Therapie 1049.
Payenneville (Rouen), Zwei Fälle von extragenitalem Schanker 821.
Pelagatti, M., Neue gg. die Syphilis wirksame Elemente 1306.
Perearnau (Barcelona) 808.

Digitized by Google

Perkel, Üb. die syphilit. Hautreaktion mit dem Noguchischen Luetin 971.
Pernet, G., Fall von Angioma serpiginosum 1260.
— Fall von multiplem Lupus vulgaris mit Beteilgg. der Haut u. Schleimhäute 1261.
— Fall von doppeltem Primärsyphilid d. Lippen u. einem auf Neosalvarsan erfolgten Erythema toxicum 1261.
Perrier, M., Ausstoßung eines Ureterssteines nach Injektion von Glyzerin in den Ureter; ferner 805, 806.
Perutz, A., Üb. Aluminium lacticum, ein haltbares Ersatzpräparat der essigsauren Tonerde 909.
v. Petersen, Üb. die Lepra im Kaukasus 1159.
Petersen, O. H., Erfahrgn. m. d. Röntgenbestrahlung der Lymphdrüsentuberkulose 1178.
Petrini de Galatz, Btrg. zum klin. u. histopatholog. Studium der Dystrophia papillaris et pigmentosa (Akanthosis nigricans) b. e. Lungenkrebs 1041.
— Btrg. z. klin. u. histo-bakteriol. Studium der Tuberkulide 1179.
Petrow, Ein Fall von schwerer Dermatitis mercurialis 971.
Peyri, J., Experim. u. klin. Untersuchgn. mit der Kromayer-Lampe in der Dermatologie 948.
Pfahler, G. E., Der gegenwärtige Stand der Gefahr der Röntgenverbrennung u. deren Verhütung 1093.
Pflüger, Hans, Ein Btrg. zur Diff.-Diagnose zw. den syphilogenen Erkrankgn.: progressiver Paralyse u. Tabes dorsalis u. dem Alkoholismus chronicus m. bes. Berücksichtigg. der „4 Reaktionen" 1338.
*Philip, Caesar, Die Bhdlg. des Ekzems mit heißen Bädern 1038.
— Wie viele Syphilitiker lassen sich genügend behandeln? 1237.
Phillips, John, Hautausschläge nach Gebrauch von Atophan 1001.
Piccardi, G., Keratosis spinulosa d. Kopfhaares u. ihre Beziehgn. zur Pseudopelade Brocq 1309.
— u. Vittone, A., Syphilisbhdlg. mit Salvarsan 1305.
Pick, Walther 1182.
Picker, S. R., Zum Katheterismus à la suite des Ureters 1414.
Pilcz, Alexander, Die moderne Bhdlg. der progressiven Paralyse mit der Methode v. von Wagner 1359; s. auch Mattauschek.
Pillet, M., Nierentuberkulose v. abnormer Form 1050.
Pillon s. Nicolas.
Pinard, Marcel s. Queyrat.
Pinch, A. E. Hayward, Arbeitsbericht aus dem Radiuminstitut in London vom 1. Jan. bis 31. Dez. 1913 1342 (Bis).
Pinkus, Tumor der Talgdrüsen 849.
— Experimentelle Primeldermatitis 1017; ferner 1016.
Pirondini, E., Klin. Btrg. zur experimentellen Polyurie 860.
v. Pirquet, Das Bild der Masern a. d. äußeren Haut 1134.
Plancherel, Ch., Btrg. z. Lehre v. Boeckschen Sarkoid 1258.
v. Planner, R., Ein Beitrag zur Syphilis insontium 1238.
Planson, Victor, s. Lévy, Fernand.
Plaut, Felix, Üb. Halluzinosen der Syphilitiker 976.
Pleschner, Hans Gallus, Unsere Erfahrungen über Prostatektomie 1413.
Poelchau, G., Üb. die Notwendigkeit der Bekämpfung der Masern dch. die Schule 1134.
Pöxlmann, A., Btrg. z. Frage der Arzneiüberempfindlichkeit 1001.
Pogány, E., Die Rolle der Lues i. d. Entstehg. v. Ohrenkrankheiten 1380 (Bis).
Pollak, Leo, Z. Pathogenese d. nephrit. Ödems 993.
Polland, Rudolf, Zur internen u. externen Anwendg. des Hefepräparates „Furunkulin" 910.
— Das Teerpräparat Pinosol in der Hauttherapie 918.
— Üb. die Beziehgn. gewisser Formen exfoliativer Erythrodermien zur Tuberkulose 1258; ferner 830.
Pollitzer 816, 817.
Poór, F., Die venöse Anwendg. des Merckschen Aurum-Kalium cyanatum bei Lupus vulgaris 1202.
Porosz, Moriz, Btrge. z. anatom. Bau der Prostata 1024.
— Sexuelle Neurasthenie (lokale Bhdlg. u. Balneotherapie) 1149.
Portner, E., Das gehäufte Auftreten von Exanthemen n. d. Gebrauch von Kopaivabalsam 1002.
Posner (Berlin) 808, 862.
Poth, Heinrich, Die Bhdlg. granulierender Wundflächen mit getrockneter Luft (Sikkorapparat von R. Kutner) 949.
Pousson, A., Üb. die chirurg. Bhdlg. der Hypospadie 857.
— Traumatische Nephritiden 1051; ferner 806, 810.

Digitized by Google

Preisich, Kornel, Über Skarlatina 1119.
— Studie zur Ätiologie des Scharlachs 1120.
— Über Scharlachbehandlung 1126.
Pribram, Hugo, Kasuist. Beitrg. z. Kenntnis der Quecksilbervergiftung 950.
Pridham, F. C., Das Auftreten von Varizellen wd. des Intrauterinlebens 1139.
Pringle, J. J., Fall von ausgedehntem Karzinom des Gesichts im Anschluß an Xerodermia pigmentosa u. dessen Bhdlg. mit einer großen Dosis Radium 1260.
— Fall von Mykosis fungoides à tumeurs d'emblée 1260.
Pritchard, E., Bericht üb. zwei ungewöhnl. Fälle von Kinderskorbut 1075.
*de Probizer, Guido, Einige praktische Bemerkungen üb. e. Fall von pellagrösem Erythem 1207.
Proeschen, Friedrich, Poliomyelitis u. Variola, eine Betrachtung üb. ihre Ätiologie 1155.
Proust, R., Modifikation der Technik der perinealen Prostatektomie bei Prostatakrebs 1317.
v. Prowazek, St., Weitere Untersuchgn. über das Vakzinevirus 1158; s. auch Hegler.
Prytes (Bern), Üb. die Plasmazellen bei Epitheliomen der Haut 1410.
Pürckhauer, R., u. Mauß, T., Ein Fall von Polyneuritis m. Korsakowscher Psychose n. Neosalvarsan m. letalem Ausgang 946.
Pusey, Der augenblickl. Stand der Syphilisfrage 1222; ferner 817.
Pussep, Die chirurg. Bhdlg. der syphilit. Erkrankungen des Zentralnervensystems 1333.

Quarta, C., Endocarditis luetica der linksseitigen Aortenklappe mit Bildg. von Aneurysma. Ausgebreitete Arteriitis luetica der Lungenarterie. Insuffizienz der Aortenklappen endokarditischen Ursprungs. Gesunde Aorta. Keine sonstigen luetischen Läsionen der Gefäße, des Gehirns oder anderer Organe 1282.
Quattrini, Mario, Chemisch-physikalische Adsorptionserscheinungen bei perkutaner Applikation v. Medikamenten 1330.
Queyrat u. Pinard, Marcel, Lichen planus annularis 1048.
— — Kreuzförmiger Lichen planus 1048.
— — u. Demanche, Syphilitische Reinfektion 1241.

Raab, O., Zur Technik der Blutentnahme für die Wasserm. Reaktion 1419.
Rabello, Ed., Mikrosporon lanosum 1412.
— Phagedänisches Ulcus tropicum 1412.
— Fälle von Tinea 1412, 1413.
— Granuloma ulcerosum tropicum 1412.
— Fall zur Diagnose 1412.
— Salvarsan bei Blastomykose 1413.
— Trichophytie der Fußsohlen 1413.
— Ulcus molle serpiginosum 1413.
Rabinowitsch, Marcus, Üb. den Flecktyphuserreger 1138.
— Btrg. z. Frage üb. das Wesen der Syphilisreaktion 1420.
Rabreau s. Pautrier.
Radaeli, F., u. Cevidalli, A., Experimentelle Untersuchgn. üb. die photodynam. Wirkg. des Hämatoporphyrins 1309.
Rafin, Rechtsseitige Nierentuberkulose, schlechte Konstante, Nephrektomie, Heilung 1316.
— u. Arcelin, Die Beweglichkeit der Nieren u. ihre Bedeutg. für die Radiographie der Nierensteine 1052.
Rainsford, F. E., Ein letaler Fall von Pellagra b. e. Geisteskranken 1073.
Raizies, G. W., s. Schamberg.
Rasch, C., Fall von hämorrhag. Enzephalitis, hervorgerufen dch. Neosalvarsan 1260.
Raudnitz, R. W., Tafeln z. Belehrg. üb. den Wert der Kuhpockenimpfung 1157.
Ravasini (Triest) 804.
Ravaut, Paul, Die Verhütg. des Wasserfehlers dch. den Gebrauch konzentrierter Neosalvarsanlösungen 942.
— Die Irrtümer in der Auslegung der Wasserm. Reaktion 1041.
— Wie kann man die Nervensyphilis aufdecken? (Versuch einer Bhdlg. mit intrarachidischen Neosalvarsaninjektionen) 1263.
— Die intraduralen Neosalvarsaninjektionen i. d. Bhdlg. der Nervensyphilis 1292.
Raven, Wilhelm, Serolog. u. klin. Untersuchungen der Syphilitikerfamilien 1384.
Ravitsch, M. L., Empirie i. d. dermatol. Therapie 825.
Ravogli 817.

Digitized by Google

Raymond u. Cot, Untersuchgn. üb. die Ätiologie u. Pathogenese der Zona 1101.
Reckzeh, Beeinflußt eine syphilit. Infektion die Lebensdauer u. Arbeitsfähigkeit? Ein Beitrag z. Prognose d. Syphilis 1215.
Reclus, Paul 1166.
Reeder, D. F., Die Bhdlg. von Augensyphilis u. anderer Komplikationen der Syphilis mit Salvarsan 1269.
Regaud, Cl., u. Nogier, Th., Die Einwirkg. hoher X-Strahlen-Dosen, welche dch. Filtration dch. eine 3 u. 4 mm dicke Aluminiumschicht gehärtet werden, auf die Haut u. ihre Anwendg. in der Röntgentherapie 883.
Reid, R., u. Calwell, W., Bericht üb. e. suspekten Fall von Pellagra 1029.
Reiss, Emil, Z. Bhdlg. des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum 1125.
Reissert, O., Ein sexualpädagogischer Elternabend 980.
Rey, Charles, Alopezie b. e. syphilitischen Neugeborenen 1287.
Ricci, Pietro, Pellagröse Toxiinfektion u. Konvulsionen 1027.
Richardson, George, Das Rumpel-Leedesche Phänomen b. d. Diagnose des Scharlachs 1122.
Richaud, A., u. Gastaldi, Neosalvarsan u. destill. Wasser 821.
Richter, Hugo, Zur Histogenese der Tabes 1337.
Richter, P. F. 806.
— W. 907.
Riehl, Gustav, Balneotherapie u. Hautkrankheiten 949.
— u. Schramek, Max, Das Radium u. seine therapeut. Verwendg. in der Dermatologie 888; ferner 862.
Rietschel (Dresden), Fortschritte a. d. Gebiete der Pathologie u. Therapie der kongenit. Syphilis 1285.
Rigaud, P., Erworbene Syphilis u. inneres Ohr 852.
*Rille, J. H., Gaspar Vianna † 968.
*— Ein weiterer Btrg. z. Kenntnis des syphilit. Primäraffektes am Nabel 1271; ferner 905, 907, 908.
Ringer, A. J., s. Schamberg.
Ritter, H., Rost, G. A., u. Krüger, R., Experimentelle Studien z. Dosierg. der Röntgenstrahlen m. d. Sabouraudschen Dosimeter 1365.
Rivas, D., s. Smith, A. J.
Rizzuti, G., u. Scordo, P., Bakteriolog. u. serodiagnost. Untersuchgn. b. Typhus exanthematicus 1139.
Robin, Albert, Bhdlg. des polymorphen Erythems 1118.
Roddy, John A., Die Ross-Gelatineschichtmethode b. d. Diagnose der Syphilis 1382.
Rodelius, E., u. Schumm, O., Üb. Hämotorporphyrinogenausscheidung im Harn 1023.
*Roederer, J., Btrg. zur Frage nach der prakt. Verwertung der Pallidin-Reaktion 1031.
Römer (Greifswald), Btrg. zum Wesen der Tuberkuloseimmunität 1202.
Rönne, Henning 1218.
Rohland, Paul, Die Kolloide der Tone u. Kaoline u. die Kaolin-Glyzerinpaste in der Dermatologie 914.
*Rohr, Über Arthigon 1055.
Rolando, Silvio, Exstirpation voluminöser periureteraler Blasenpapillome 1050.
Rollet u. Genet, Gumma des Lides 1243.
Rosenbach, F. J., Klinische, morpholog. u. experim. Untersuchgn. üb. örtl., dch. örtl. Injekt. bewirkte Tuberkulinreaktionen bei Hauttuberkulose 1176.
Rosenthal 847, 848, 849, 1016.
Ross, E. H., Die Übertragung der intrazellulären Parasiten der Kaninchensyphilis auf Affen 1387.
— Thomas W., Der Wert der Irrigations-Urethroskopie d. hint. Harnröhre 1153.
Rossiwall, E., Vakzineübertragung a. d. Analgegend 1158.
Rosso, G., Die Syphilis bei der Pathogenese der Diabetes mellitus 1246.
Rost, G. A., s. Ritter; ferner 1294.
Roth (Berlin) 807.
Rothermund s. Kolle.
Rotschild (Berlin) 805.
Roubaudi, Migräneanfälle syphilit. Natur 1290.
Roubitschek, Hugo 1270.
Roussel, Albert E., Über Lungensyphilis m. e. Falle, der auf spezif. Bhdlg. rasch zurückging 1245.
Rovsing (Kopenhagen) 804, 806, 830.
Rubritius, Hans 1390.
Rudolph, Max, Btrg. z. Nastinbhdlg. der Lepra 1163.
Rühl, Karl, Btrg. z. Therapie d. Hautkrankheiten internen Ursprungs 825.
— Salvarsanbhdlg. der Syphilis 1306.
Rumpel, Oskar, Üb. Nierenresektionen b. Verschmelzg. u. Verdoppelg. der Nieren 1023.
Rupprecht (München), Über die Prostitution jugendlicher Mädchen, ihre Ursachen u. ihre Bekämpfung 906.
Rush, J. O., Gumma der Prostata u. Blase 1262.

Digitized by Google

Russo, C., Der diagnost. Wert der Präzipitine bei Lues 1384.
Rygier, Stephanie, s. Bernhardt.

Saalfeld, Edmund, Ein Btrg. zur physikal. Bhdlg. der Hautkrankheiten 825.
— Üb. Histopin 912.
— Zur Technik der intravenösen Salvarsaninjektion 926; s. auch Östreich.
Sabella, P., Klin. u. experimentelle Studien über Arthigon 1307.
Sachs, O., Versuche mit Noviform bes. bei Verbrennungen 1078.
— Otto, Üb. Ätzgeschwüre nach Karbid 1100.
Saeves, Inga, Üb. einen Fall von Ulcus perforans mit Neurinom am Nervus tibialis 1410.
Saisawa, K., Btrg. z. Ätiologie des Erythema exsudativum multiforme 1117.
Salomon, H., Die diätetische Therapie der Urtikaria 996.
— Oskar, Diathermiebhdlg. bei Lupus vulgaris 1204.
— Nasenersatz bei Lupus vulgaris 1204.
Salzmann, M., s. Koenigsfeld.
*Samberger, Fr., Eine neue Bhdlgsmethode des akuten Ekzems 899; ferner 1206.
Sambon, L. W., Pellagra in Großbritannien; drei neue einheimische Fälle 1002.
Samelson, S., Die exsudative Diathese 1350.
Sangiorgi, G., s. Fontana.
Saratzeanu, F., Der Wert der Wassermannschen Reaktion f. d. Bhdlg. u. Prognose der Syphilis 1421.
Sasagawa (Tokio), Blasenstein um Dermoidhaare 1089.
Satani, K., Üb. einige juckstillende Hautmittel 1089.
Satenstein, D. L., s. Gottheil.
Saundby, R., Syphilitische Lähmung des Ösophagus 1245.
Sauvage, C., u. Géry, L., Ein Fall v. voluminösen Gummen b. Neugeborenen. Verteilung der Spirochäten 1287.
— Das generelle akute Ödem des Fötus 994.
Savini, E., Das seltene Vorkommen u. die eigentüml. klinischen Formen der Varizellen bei Erwachsenen 1140.
Savy, P., u. Favre, M., Hemiplegie im Verlaufe eines Scharlachs 1123; s. auch Mouisset.
Scadron, Samuel J., Ein Fall von Masern als Komplikation der Schwangerschaft 1136.
Schabad, J. A., Anomales Scharlachexanthem 1123.
Schaefer, Friedrich, Ein Beitrag zur Wirkung des per os genommenen Quecksilbers 916.
Schamberg, Jay F., Ringer, A. J., Raizies, G. W., u. Kolmer, J. A., Üb. den Proteinstoffwechsel bei Hautkrankheiten 815.
Schapiro (Bern), Üb. die chirurg. Bhdlg. des Prostatakarzinoms 1414.
— J., Zur Kenntnis der Pyrogallolvergiftung 915.
*Scharff, Paul, Gicht und Harnröhrenstriktur 800.
— Testikulin in der Praxis der Dermatologie und Urologie 920; ferner 1366.
Schatzmann, Max, Untersuchgn. üb. die Hämatologie der Variola u. Vakzine 1142.
Scheuer, Oskar 1294.
Schindler, Otto, Erfahrgn. üb. Radium- u. Mesothoriumtherapie maligner Tumoren 893.
Schiötz, C., Kretinismus. Ein Vergleich mit Syphilis hereditaria 1286.
Schiperskaja, Zur Frage der Streptodermien 970.
Schirmacher, Max, Z. Kenntnis der Erythromelalgie 1000.
Schleissner, Felix, Scharlachinfektionsversuche an Affen 1120.
Schmidt, H. E., Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenbhdlg. i. d. letzten Jahren 882.
— Spätschädigungen der Haut u. innerer Organe n. therapeut. Röntgenbehandlung 1096; ferner 894.
Schneider, Ein Fall von Ulcus atonicum artificiale regionis scapularis dextrae 1018.
Schoenborn, G., Untersuchgn. üb. die Wirkg. intravenöser Salvarsaneinspritzungen a. d. Zusammensetzung des Urins 926.
Schöne, Georg, Üb. die Bhdlg. frischer Wunden u. schwerer Verbrennungen 1077.
Schoofs, F., Herstellg. d. Lösungen von Salvarsan und Neosalvarsan 939.
Schramek, Max, Üb. medikamentös kombinierte Radiumtherapie 892; s. auch Riehl.
Schrauth, Walther, Die medikamentösen Seifen 1066.
Schreiber, E. (Köln), Über das neue Inunktionsmittel „Hygralon" 917.
— Ernst, Kurze Bemerkgn. üb. Salvarsan- bzw. Neosalvarsaninjektionen 940; ferner 830.
— R., Zur Therapie d. Raynaudschen Krankheit 997.

Digitized by Google

v. Schubert, E., Patientenserum als Neosalvarsanvehikel 945.
Schuhmacher, M., Die kutane Diagnostik u. das Eisentuberkulin 1176.
Schulz, W., u. Grote, L. R., Untersuchgn. m. d. Abderhaldenschen Dialysierverfahren bei Scharlach 1122.
*Schumacher, J., Das Salvarsan, ein echter Farbstoff 1295.
Schumm, O., s. Rodelius.
Schwaer, G., Üb. die hämatolog. Diagnose der Röteln 1136.
Schwartzmann, Üb. die Anwendg. des Adrenalin n. Salvarsaninjektionen 971, 1236.
Schwinn, George L., Prognose u. Therapie der zerebralen Syphilis 1331.
Scordo, P., s. Rizzuti.
Secchi, Tommaso 926.
Seiffert u. Hüne, Gewinnung keimfreier Lymphe dch. Zusatz von Chinosol 1158.
Sélley, J., Die Bhdlg. des Lupus mit Kupferpräparaten 1201.
Sellwood, John, Üb. Symptome von seiten der Blase u. ihre gynäkol. Bedeutung 1151.
Semon, H. C., Zur biolog. Stellung d. Spirochäte und deren Entwicklung 815. (Berichte.)
— Akute Dermatitis d. Gesichts als Folge vom Gebrauch eines Haarfärbemittels 1098.
— Psoriasis u. Dermatitis exfoliativa mit Übergang in Duhringsche Dermatitis herpetiformis 1261.
— Hydroa aestivale (et hiemale) 1261.
Sequeira, J. H., Die Verwendg. des Finsen-Lichts im London Hospital i. d. J. 1900 bis 1913 881, 1199.
— Ein klin. Vortrag üb. einige Spätsymptome der heredit. Syphilis 1286.
Sergent, E., Schwäche der Nebennieren u. die Zufälle nach Salvarsan 925.
Serra, A., Neueste Untersuchgn. üb. die Inokulation v. leprösem Material im Auge des Kaninchens 1160.
Severi, L., Neosalvarsan 1306.
Seyffarth, R., Z. Technik d. konzent. Neosalvarsaninjektionen 944.
Shilinski, 70 Fälle von Syphilis, bhdlt. mit Neosalvarsan u. Quecksilber 1018.
Shoemaker, Harlan, Pellagra, chirurg. Eingriff, die Kolloide u. starke Medikamente, auch Einführg. eines vielleicht neuen ätiolog. Faktors 1028.
Sibley, W. Knowsley, Ein Fall von rezidivierender Blaseneruption 813.
— Fall von bilateralen Telangiektasien (Naevus araneus) 1261.
— Fall von Purpura 1261.
Sicard, Progressive Paralyse, Wassermannsche Reaktion u. Salvarsan 1354.
Siebert (Marburg), Durch Tuberkelbazillen erzeugte Immunität gegen Tuberkulose 1202.
Simmonds, M., Üb. Mesothoriumschädigung des Hodens 1092.
Simon, W. V., Btrge. z. Kenntnis u. Bhdlg. der Wanderniere 1312.
Simpson, Frank E., Radium bei Hautkrankheiten 887.
— J. W., u. Thatcher, L., Die Bhdlg. der kongenit. Syphilis mit Salvarsan 1288.
Sinigaglia, G., Ein Fall von wahrem u. echtem Hermaphroditismus b. Manne 969.
Sison, A. G., s. Musgrave.
Skillern, P. G., Syphilis als ätiolog. Faktor bei Ostitis fibrosa 1265.
Smith, A. J., Lynch, K. M., u. Rivas, D., Die Übertragbarkeit des Leprabazillus dch. Bettwanzen (Cimex lectularius L.) 1160.
Sormani, B. P., Wert u. Methodik der Bestimmung des luetischen Index (Σ-I) 1383.
Sozzi, Luigi, Bhdlg. d. Pellagra mit Serum von Nicolaidi 1073.
Specklin, P. A., Ein Fall v. ungewöhnl. großen Uretersteinen 1312.
Spitzer, Ludwig, Zur Kasuistik der Syphilis 1220.
Spratt, Charles Nelson, Primäre Syphilis der Konjunktiva bulbi 1238.
Sprinz, Pseudopelade Brocq 1017; ferner 1016.
Spurgin, W. H., Akute Pellagra od. Dermatitis exfoliativa 1073.
Squier, J. Bentley, Die moderne Diagnose u. Bhdlg. gynäkolog. u. geburtshilfl. Patienten mit Syphilis 1220.
Ssutejew, Zur Kasuistik der Parapsoriasis. Ein Fall von Parapsoriasis lichenoides Brocq 1017.
Stammler, Die Resultate d. operat. Bhdlg. der Blasentumoren 1023.
Steiger, Otto, Untersuchgn. üb. die Blutgerinnungsfähigkeit, Viskosität u. Blutplättchenzahl bei Morbus maculosus Werlhofii 1075.
Stein, L., Die vakzinöse Therapie der von Staphylokokken verursachten Hautkrankheiten 828.
Steinen, Saul, Über Mischschanker 1238.
Steiner (Mannheim) 1054.
— G., Moderne Syphilisforschung u. Neuropathologie. Mit bes. Berücksichtgg. d. patholog. Histologie des Zentralnervensystems syphilit. Kaninchen 1389.

Digitized by Google

Steiner, G., Erzeugung u. Histopathologie d. experim. Syphilis des Zentralnervensystems beim Kaninchen 1389.
— Histopatholog. Befunde am Zentralnervensystem syphilit. Kaninchen 1415.
Stemmler (München), Die Tätigkeit der Polizeipflegerin 906.
Stender, Otto, Zur klin. Bedeutg. der Wasserm. Reaktion 1421.
Stephan, A., Üb. ein neues Dauerhefepräparat „Biozyme" 910.
Stephens, G. Arbour, Petroleum als Heilmittel 914.
— Das Petroleum als Behandlungsmittel der dch. überhitzte Metalle hervorgerufenen Brandwunden 1092.
Stern, Karl, Tierexperimentelle Untersuchgn. üb. d. Nachweis v. Tuberkelbazillen b. Tuberkulose d. Haut, bes. d. Gesichts 1176.
— Üb. ungewöhnl. lange Latenz der Syphilis u. über die Prognose der Erkrankung 1221.
*Sternthal, Alfred, Bericht üb. die Jahresversammlg. der D. G. B. G., 19.—21. Juni in Leipzig 905.
Stewart, P., Die Diagnose u. Bhdlg. der zerebrospinalen Syphilis 1363.
Steyerthal, Prakt. Gesichtspunkte zur Beurteilung der progressiven Paralyse 1341.
Sticker, Anton, Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Ihre theoret. Grundlagen u. ihre prakt. Anwendg. in der Dermatologie 894.
Stiner, O., u. Abelin, S., Üb. Versuche eine lokale Resistenz d. Haut gg. Tuberkuloseinfektion zu erzeugen 1164.
Stokes, John Hinchman, s. Wile.
Strandberg, Ove, Bemerkgn. üb. die Diff.-Diagnose zw. Tbc. u. tertiär. Syphilis d. Schleimhäute d. ob. Luftwege 1165.
Straßberg, Max, Zur Frage des Prostatasekretes 1086.
Strathy u. Campbell, Resultate d. Salvarsanbhdlg. b. kongenit. Spätsyphilis 1288.
*Strauß, Artur, Joseph Eichhoff † 875.
*— Die Kupferchemotherapie der Schleimhauttuberkulose d. ob. Luftwege mit Lekutyl-Inhalationen 1007.
— Weiterer Btrg. (Anleitung) z. Bhdlg. d. Haut- u. chirurg. Tuberkulose m. Lekutyl (Lezithinkupfer) 1177.
— Die äußere Tuberkulose, spez. Hauttuberkulose, u. ihre Bhdlg. mit Lezithinkupfer (Lekutyl) 1192.
— Weiterer Beitrag z. Chemotherapie der äußeren Tuberkulose 1201.
— u. Miedrich, Fr., Die Grundsätze einer rationellen Bhdlg. der Hauttuberkulose unter bes. Berücksichtgg. des Lekutyls 1087.
Strebel, H., Äußere Kathodenstrahlen als Ersatz für Radium und Mesothorium 908.
Stroe, A., s. Danila.
Strominger (Bukarest) 809.
Stühmer, A., Zur Topographie des Salvarsans und Neosalvarsans 1409.
Stümpke, G., Üb. Serumbhdlg. von Hautkrankheiten 828.
— Über Jodostarin 913.
Sturup, Jörgen, s. Boas.
Stutzin (Berlin), Wie muß ich mich verhalten, um meinen Urologisch-Kranken nicht zu infizieren? 1166.
Sudhoff, K., Syphilis u. Pest in München am Ende des 15. u. zu Anfang des 16. Jahrhunderts 1217.
Sunde, A., Herpes zoster frontalis mit Bakterienbefund im Ganglion Gasseri 1115.
Suquet, Radiodiagnostik d. Krankheiten der Harnwege 1053.
Suter (Basel), Bakteriurie 807; ferner 805.
Swift, H. F., s. Ellis.
*Szerdotz, Hans, Über Embarin 1213.
v. Szily, Paul, Zur Chemotherapie der luetischen Keratitis 1269.

Taege, K., Eine Methode der schnellsten Darstellung absolut steriler Kochsalzlösungen für Injektionszwecke, speziell für Salvarsaninjektionen 1318.
Tait, A. E., Frühzeitige (postnatale) Maserninfektion 1135.
Takahashi, Akira, Üb. die ätiolog. Beziehg. des Bac. pyocyaneus zur Geschwürsbildung 1259.
— Üb. das Schicksal v. intramuskul. u. subkut. inizierten, unlösl. Arzneien, speziell des Salvarsans 1407.
— Über Ekthyma gangraenosum im Verlauf von Masern 1411.
Tamm, F., Ein Btrg. z. Ätiologie der Dermatitis exfol. neonatorum Ritter u. ihrer Beziehgn. z. d. Impetigo contagiosa staphylogenes 1258.
v. Tappeiner, Fr. H., Über Zahnfleischtuberkulose 1178.
Tatar, Koriolan, s. Geber.
Taylor, M. R., Die Bhdlg. der Bromakne mit einer Vakzine 1097.
Terebinsky, Üb. die Vererbung der Syphilis 1285.
Thatcher, L., s. Simpson.

Digitized by Google

Thibierge, G., Trauma u. Purpura 1074.
— u. Gastinel, P., Experimentelle Hautreaktionen b. e. Patienten mit Dermatitis bullosa 1047.
Thomson, D., Vorläufige Mitteilg. üb. Bettwanzen u. Lepra 1159.
Tièche, M. 950.
Tilp, Über plötzlichen Tod bei Aortenlues 1283.
Tiraboschi 1054.
Tizzoni, G., u. de Angelis, G., Studien üb. die Biologie u. Morphologie des pleomorphen Streptobazillus der Pellagra 1025 (Bis).
Török, L., Bakterienfunde in hämatogen. Hautentzündungen 823.
— Die Entstehungsarten der Hautveränderngn. bei Dermatitis symmetrica dysmennorrhoica 1075.
Toledo, Mario, Ainhum 1412.
Tomasczewsky, E., s. Forster; ferner 849.
Tomkinson, J. Goodwin, Die Bhdlg. des Lupus vulgaris 1199.
Tommasi, L., Versuche einer heterogenen Serotherapie m. frischem Kaninchenserum bei Hautkrankheiten 1310.
v. Torday s. Wiener.
Toulant s. Chevallier.
Trevisanello, C., Erythema multiforme 969.
Troell, Fall von Pyelographie, wo Kollargol in die Harnkanäle u. die Malpighischen Körperchen der Niere eingedrungen war 1236.
Truffi, M., Salvarsan in der Syphilistherapie 855.
— Spätsyphilom d. Hodens b. Kaninchen 1308, 1388.
— Favus d. Augenlids dch. Achorion gypseum 1308.
— Ulcera mollia extragenitalia 1308.
*Trýb, Ant., Herpes zoster generalisatus 983.
Tschernobugow, N. A., Die Serumdiagnose der Syphilis mit aktivem Serum 1086.
Tschirjew, S., Tabes atactica u. Bhdlg. der postsyphilit. Erkrankgn. des Nervensystems m. Hg u. Salvarsan 1337.
Tschumakow, Z. Bhdlg. des akuten Trippers 1019.
— Ein Fall von Lepra bhdlt. mit Salvarsaninfusionen (m. histolog. Untersuchung) 1163.
Tuffier (Paris) 808.
Tugendreich, J., s. Morgenroth.

Uhlenhuth, P., u. Hügel, Weitere Mitteilgn. üb. die chemotherapeut. Wirkg. neuer Antimonpräparate bei Spirochäten- und Trypanosomenkrankheiten 909.
Uhlenhuth, P., u. Mulzer, P., Weitere Mitteilungen üb. Ergebnisse der experim. Syphilisforschung 1385.
Ullmann, Karl 1222.
*Unna, P. G., Zinkmattan als Unterlage 895.
— Die Anwendg. des Ichthargans in der Dermatologie 912.
— Die Kaolin-Glyzerinpaste in der Dermatologie 913.
— Biochemie d. Haut 1040.
*— Die Sauerstoffmittel in der Dermatologie 1143, 1170.
*— Kreidepasten 1223.
*— jr., Paul, Pasta kali chlorici cum creta 1132.
— Üb. Diathermiebhdlg. bei Lepra 1163; ferner 1182.
Urbantschitsch, Viktor, Üb. einige mit Radium behandelte Erkrankgn. d. Ohrmuschel, und zwar je einen Fall von Epithelialkarzinom, Sarkom, Lupus und Tuberkulose 891.

Väli, E., Btrge. zur luet. Erkrankg. des Nervus acusticus 1377.
Vallery-Radot, Pasteur, s. Widal.
Vallet, E., Neue externe Applikationsmethode des Radiums 890.
Vas, B., Auf die Syphilisdiagnose bezügliches Laboratorienverfahren 1382.
Vasiliu, Titu, Eine neue Spritze zur intravenösen Injektion v. konzentrierten Neosalvarsan- u. anderen sehr reizenden Lösungen 1270.
Vedder, E. B., s. Ashburn.
Verdelli, G., Üb. die Veränderungen der Plazenta b. Lues 1262.
Verhoogen, J. 809.
Vernes, Arthur, s. Jeanselme, Lian.
Vernoni, G., Btrg. z. patholog. Anatomie u. z. experim. Pathologie d. Pellagra 1025.
Verrotti, G., Salvarsan in der Syphilistherapie. Therapeutische Resultate und Indikationen 855.
Versé, M., Phlebitis syphilitica cerebrospinalis 1284.
— Üb. das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei früh- und spätsyphilitischen Erkrankungen d. Zentralnervensystems 1418.
Veyrières, Die Anwendg. der filiformen Dusche bei einigen Dermatosen 862; s. auch Pautrier.

Digitized by Google

Vianna, Gaspar, Einige Formen von Leishmania furunculosa 1413.
— Ainhum 1413; ferner 968, 1412.
Vignat, Marcel, Biskrabeule, dch. Kauterisation m. heißer Luft geheilt 1044.
— Bhdlg. ulzeröser Radiodermitiden m. heißer Luft 1093.
Vignier, A., s. Brault.
Vignolo-Lutati, Karl, Btrg. z. Kenntnis d. tertiären anorektalen u. vulvären Syphilis 850, 1307.
— Üb. eine merkwürdige professionelle Dermatose der Gummiarbeiter 1100.
— Üb. die Histologie der wahren Psoriasis rupioides 1307.
— Btrg. z. Studium der sog. kolloiden Degeneration d. Haut 1330.
— Btrg. zum Studium der skrofuloiden Adenopathien hereditär-syphilit. Individuen 1408.
Vinit, A., Ungleichheit des Radialpulses b. d. chronischen, syphilit. Aortitis 1284.
Virgalitta, M., Schnellkur der vereiterten Leistendrüsen 1311.
Li Virghi, G., Elektrolytische Abortivbehandlung des Trippers 858.
Vitek, V., Salvarsan u. Tabes dorsalis 1340.
Vittone, A., s. Piccardi.
Vix, W., Der heutige Stand der Tabes-Paralysefrage 1335.
Völcker, F. 806.
Vogel, Friedrich, Über Augenmuskellähmungen bei Herpes zoster ophthalmicus 1116.
— K., Zur Frage der Epithelisierung granulierender Hautdefekte 1270.
Voigt (Hamburg), Generalisierte Vakzine 1158.
Volk, R., Infektiosität des Liquor cerebrospinalis bei progressiver Paralyse 1361; ferner 1294.
Volpi-Ghirardini, Gino, u. Zuccari, Giuseppe, Überempfindlichkeit der mit Mais genährten Meerschweinchen gg. Blutserum Pellagröser 1028.
Volpino, G., u. Bordoni, E. F., Ist eine aktive Immunisierg. der Pellagrösen möglich? 1026 (Bis).
— Mariani, A., Bordoni, E. F., u. Alpago-Novello, L., Untersuchgn. üb. Pellagra 1028.

Wachsmann, A., Resultate der Tuberkulinkur bei Paralysis progressiva 1362.
Wagner von Jauregg, J., Die Tuberkulin-Quecksilberbhdlg. der progress. Paralyse 1359.
Wagner, Paul, Nieren- u. Ureterenchirurgie i. J. 1913 1024 (Bis).
Walb (Bonn), Über Schleimhauttuberkulose 1203.
Waldschmidt, Max, Die Indikationen zur Prostatektomie 1023.
Walker, Thompson 808.
*Waller, A., Bhdlg. der Lues mit Embarin 1147.
Ward, Henry B. 1102.
Warthin, A. S., Primäre Gewebsläsionen am Herzen als Wirkg. der Spirochaeta pallida 1379.
v. Wassermann, A., u. Lange, C., Zur Frage des Entstehens der Reaktionsprodukte b. d. Serodiagnostik auf Lues 1382; ferner 926.
Watson, H. F., Ungewöhnliche Fruchtbarkeit von syphilit. Eltern u. abnorme Beteiligg. der Kinder 1218.
*Wechselmann, Wilhelm, Prof. Max Wolters † 846.
— Salvarsantherapie 876.
— Üb. einen als Paralyse gedeuteten, durch Salvarsan geheilten Krankheitsfall 1355.
— u. Arnheim, Üb. die Widerstandsfähigkeit lokaler Spirochätenherde gegenüb. reiner Salvarsantherapie 1417.
— u. Dinckelacker, E., Üb. die Beziehgn. der allgem. nervösen Symptome im Frühstadium der Syphilis z. d. Befunden des Lumbalpunktats 1361.
— u. Eicke, Zur Technik u. Wirkung subkut. Neosalvarsaninjektionen 944.
— s. Loewy, A.
Weck, Bericht üb. Erfahrungen m. Joha 921.
Weicksel, J., Über luetische perniziöse Anämie 1281 (Bis).
Weil, André, Klin. Erfolge m. d. Trippervakzine v. Nicolle u. Blaizot 821.
Weill, André, s. Widal.
— O., Häufigkeit der Syphilis bei visceralen Affektionen 1245.
Weinländer, G., Übergang von Erythema multiforme bullosum in Pemphigus 1118.
Welz (Frankfurt a. M.), Nierensyphilis 1264.
Werner, R., Bericht üb. die therapeut. Tätigkeit des Samariterhauses vom 1. Okt. 1906 bis 1. Januar 1914 1365; ferner 894.
Werther (Dresden), Btrg. z. Kenntnis der Pyämide 999.
Western, G. T., Ein Fall von rekurrierender syphilit. Infektion m. einigen bes. Erscheinungen 1088.

Digitized by Google

Wetterer, Joseph, Handbuch der Röntgentherapie. Anhang: Die Radiumtherapie 973.
Weygandt, W., u. Jacob, A., Experimentelle Syphilis des Zentralnervensystems 1386 (Bis).
Whale, H. L., Die Verwendg. von Arsenverbindungen bei syphilit. Erkrankgn. der Nase u. des Halses 1243.
White, Charles J. 830.
Whitfield, A., Über drei Fälle von ekzematöser, dch. giftige Pflanzen erzeugter Dermatitis 1098.
*Wichmann, P., Erfahrgn. m. d. F. F. Friedmannschen Heil- und Schutzmittel z. Bkmpfg. der Tuberkulose beim Lupus, bei Haut- und Knochentuberkulose 951; ferner 894.
Wickham u. Degrais, Die Verwendg. des Radiums b. d. Bhdlg. d. Hautepitheliome, der Angiome u. d. Keloide 887.
Widal, Abrami, Brissaud u. Joltrain, Anaphylaktische Reaktion bei Urtikaria 995.
— F., Weill, André, u. Vallery-Radot, Pasteur, Die Prognose der chron. Nephritiden an der Hand der Harnstoffbestimmung im Blute 1051.
Wiener u. v. Torday, Eigenartig spezif. Verhalten luetischer u. karzinomatöser Sera gg. bestimmte Chemikalien 979.
Wieting (Konstantinopel), Gefäßparalytische Kältegangrän 1076.
Wildbolz, H., Üb. Lipome des Nebenhodens 857.
— Üb. Dauererfolge der perinealen Prostatektomie 1413; ferner 804, 807, 809.
*Wile, Udo Julius, u. Stokes, John Hinchman, Untersuchgn. üb. den Liquor cerebrospin. in bezug a. d. Beteilgg. des Nervensystems bei der sekund. Syphilis 1079, 1107, 1127.
— Der Nachweis der Spirochaeta pallida in der Gehirnsubstanz lebender Paralytiker (Forster u. Tomasczewski) 1357.
Williams, A. W., Fall von Lepra tuberosa 1261.
Willmann, Bj., Ein Fall von Arteriitis luetica der Arteria pulmonalis 1380.
Wilms (Heidelberg), Prostatakrebs 808.
Winfield, James McFarlane 830.
Winkler, Max, Üb. einen Fall von eigenartig lokalisierten Syringomen in Kombination m. anderen Entwicklungsanomalien 1407.
Winternitz, Rudolf 1030.
Wittrock, Die Empfindlichkeit d. Haut gg. Berührung mit Atoxyllösung 824.
Wizel, A., Sexuelle Störungen psychischer Natur 861.
Wohlwill, F. R., s. Nonne.
Wolf, J., s. Grósz.
Wolfer, P., Eine Baseler Scharlachstatistik 1119.
Wolff, A., u. Mulzer, P., Darf das Neosalvarsan ambulant angewendet werden 943.
— Bernhard, Mykosis fungoides b. e. Negerin vorkommend 851.
— Hans, s. Zellner.
Wolffenstein, W., Üb. die Häufigkeit u. Prognose der Rektalblennorrhoe bei der Vulvovaginitis der Kinder nebst Bemerkgn. üb. die Heilbarkeit der Vulvovaginitis 1087.
Wollheim, J. L., s. Oulmann.
Wolters, Max 846.
Wossidlo (Berlin) 807.
v. Wyss, H., Üb. Ödeme dch. Natrium bicarbonicum 994.

Young, Hugh H., Diagnose u. Bhdlg. der Frühstadien maligner Erkrankgn. der Prostata 1022; ferner 1342.

Zahorsky, John, Roseola infantum 998.
Zaleski, Karol, s. Karwacki.
v. Zeißl, M., Bemerkgn. zur Syphilispathologie u. zur Heilwirkung des Salvarsans 1219.
Zellner, Heinrich, u. Wolff, Hans, Üb. die Ursachen der Hauterkrankungen im Buchdruckgewerbe 1097.
Zernik, Urtikaria pigmentosa congenita 847.
Zeuner, W., Seife zur Tuberkulosebekämpfung. Seife in der Bakteriologie 1197.
Zieler, Karl 905, 1318.
Zimkin, J., Versuche zum objektiven Nachweis der Intelligenzbesserung bei Paralytikern nach Salvarsantherapie 1355.
Zimmern, F., Infusion oder Injektion des Salvarsans 941.
Zinner, Alfred 1294.
Zoeppritz, B., Schwangerschaft u. Nephrektomie 1023.
Zondek (Berlin) 807.
Zuccari, Giuseppe, s. Volpi-Ghirardini.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per bd.59
stack no.50

Dermatologische Wochenschrift.

3 1951 002 741 474 A

MINITEX
Minnesota Library Access Center
9ZAR05D17S12TIZ

Digitized by Google